ÉTUDE PATHOGÉNÉTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

SUR LA

DILATATION DE L'ESTOMAC

ET SUR SON INFLUENCE

DANS LA NEURASTHÉNIE

(DÉSÉQUILIBRÉS DU VENTRE)

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ÉTUDE PATHOGÉNÉTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

SUR LA

DILATATION DE L'ESTOMAC

ET SUR SON INFLUENCE

DANS LA NEURASTHÉNIE

(DÉSÉQUILIBRÉS DU VENTRE)

PAR

Antoine BLANC-CHAMPAGNAC

Docteur en médecine de la Faculté de Paris
Ancien externe des hôpitaux



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890

ÉTUDE PATHOGÉNÉTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

SUR LA

DILATATION DE L'ESTOMAC

ET SUR SON INFLUENCE

DANS LA NEURASTHÉNIE

(DÉSÉQUILIBRÉS DU VENTRE)

INTRODUCTION

Dans l'étude qui va suivre, nous nous proposons d'étudier les troubles nerveux dont l'ensemble forme la neurasthénie. C'est surtout leur rapport avec la dilatation de l'estomac, leur étiologie et leur traitement qui nous occuperont dans cette thèse : sur les trois théories proposées pour les expliquer, nous rechercherons quelle est la bonne.

Dans ce travail, nous nous sommes inspiré des leçons de notre savant maître, M. Dujardin-Beaumetz, et c'est sur son conseil que nous avons commencé cette thèse. Qu'il reçoive, une fois encore, tous nos remerciements pour les savants conseils qu'il nous a donnés.

Tous nos remerciements à M. le professeur Debierre, de Lille, ainsi qu'à M. le Dr Fromont pour nous avoir transmis, avec une si grande bienveillance, le premier, son opinion sur cette difficile question, le second sa très intéressante thèse : Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.

Il nous reste, enfin, nos études terminées, un devoir bien doux à remplir, c'est de remercier tous ceux qui nous ont instruit dans la science médicale.

Que notre maître et ami, M. le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux, reçoive l'assurance de notre vive reconnaissance et de notre inaltérable attachement pour les savants et affectueux conseils qu'il nous a si souvent prodigués.

Que nos maîtres dans les hôpitaux, M. le professeur Dieulafoy, MM. les Drs Bucquoy, Polaillon, Gilbert et Brault, dont les enseignements nous ont été si précieux, soient également assurés de notre profonde reconnaissance.

HISTORIQUE

Quoique la dyspepsie soit, à notre époque, un objet tout particulier d'études, elle est loin d'être une maladie nouvelle.

Hippocrate, Arétée, Celse en ont décrit les symptômes sans la nommer. Le premier de ces auteurs en a fait dans les termes suivants une description à peu près complète : « Ceux qui sont affectés de cette maladie, dit le médecin de Cos, ne peuvent demeurer sans manger, ni supporter la nourriture qu'ils prennent ; leurs entrailles font du bruit et l'orifice de l'estomac leur fait de la douleur ; ils vomissent tantôt d'une sorte d'humeur, tantôt d'une autre ; ils rendent de la bile, de la salive, de la pituite, des matières âcres, et, après avoir vomi, il leur semble qu'ils sont mieux : mais, lorsqu'ils ont pris de la nourriture, ils sont travaillés de rapports et de rôts, ils ont mal à la tête, ils sentent des piqûres sur tout le corps, tantôt dans une partie, tantôt dans l'autre, comme si on les piquait avec des aiguilles. Cette maladie ne quitte que dans la vieillesse, supposez que l'on n'en meure pas avant ce temps-là » (*De morbis*). L'importance physiologique de l'estomac ne lui a pas non plus échappé, comme le prouvent les paroles suivantes que l'on trouve dans son Traité des humeurs : « Ce que la terre est aux arbres, dit-il, l'estomac l'est aux animaux », et plus loin, il ajoute :

« Comme un vase vieux laisse passer le liquide et neuf le retient, ainsi l'estomac laisser passer l'aliment et garde un résidu comme un réservoir ». Plus loin, il décrit avec soin (*Des humeurs*, traduction Litt., p. 491-493) tous les symptômes qu'aujourd'hui nous rattachons à la neurasthénie gastrique ; enfin il décrit, sous le nom de μελαινα une maladie, qui se rapproche, par bien des symptômes, du cancer de l'estomac.

On trouve également une indication assez complète des principaux symptômes gastralgiques dans le passage où Galien décrit la maladie mélancolique (*De locis affectis*, lib. III, cap. VII). Il avait observé la tristesse, la peur des hypocondriaques, et pensait que cette tristesse et cette peur étaient les principaux symptômes d'une maladie du cerveau qui avait son origine dans les régions situées au-dessous des hypocondres, dans le foie, dans la rate, dans l'estomac, dans l'intestin ; ces organes malades, disait-il, envoient l'atrabile au cerveau qui, à son tour, devient malade. Dans le même livre, ce célèbre médecin, qui a servi de code à toutes les générations médicales jusqu'au XVIIe siècle, consacre un chapitre entier au cancer de l'estomac. Il insiste sur la sympathie qui existe entre les symptômes nerveux et les affections de l'estomac. Il dit « qu'il est des gens qui ne sont pas seulement pris de syncopes tenant à l'orifice de l'estomac, tout aussi bien que de syncopes tenant au cœur, mais, qui sont pris encore de spasme, de carus, d'épilepsie, de mélancolie tenant à cet orifice ». Il cite une observation fort intéressante que l'on peut résumer ainsi : « Un jeune grammairien était atteint d'accès d'épilepsie, je conjectu-

rai, dit Galien, qu'il avait une affection à l'orifice de l'estomac, qui, chez lui, était très sensible, et que, par sympathie, le cerveau agitait le corps entier de convulsions ». Aussi, il lui prescrivit un traitement ainsi composé : « Je lui prescrivis, dit-il, de s'inquiéter uniquement d'une coction (digestion) régulière, de manger à la troisième ou quatrième heure (vers 10 heures du matin), un pain soigneusement préparé, tout seul s'il n'avait pas soif, et s'il avait soif, de l'eau avec un de ces vins blancs légèrement astringents, car ces vins fortifient l'estomac et ne portent pas à la tête comme les vins forts, et, il ajoute, avec un tel régime, il n'éprouva plus aucune affection ».

Galien va plus loin encore dans ses affirmations, il soutient que, par suite de l'affection de l'orifice de l'estomac, le cœur éprouve une sympathie telle qu'il en résulte une syncope aiguë. Pour la maladie dite flatulente et hypocondriaque, ajoute Galien, il n'est personne qui ne repète qu'elle rende les gens tristes, découragés, ou maussades, en un mot, reproduisant tous les symptômes de la mélancolie. C'est après de mauvaises coctions, qu'on paraît saisi plus fortement par les susdits symptômes. Puis, en terminant ce chapitre, il montre que les autres parties de l'estomac peuvent être atteintes d'affections organiques telles que les ulcères, et il signale les vomissements de sang, comme symptômes de ces ulcères. « Il est certainement naturel, dit-il, que la cavité tout entière de l'estomac présente une diathèse semblable à celle de son orifice que nous avons indiquée, et qu'elle offre des symptômes semblables : mais ceux de l'orifice étant beaucoup plus frappants, il en résulte que les mé-

decins négligent et dédaignent, comme n'existant absolument pas, ceux de la partie inférieure de l'estomac. Tout le monde reconnaît que l'acte de la coction s'accomplit dans les parties situées après l'orifice, en sorte que cet orifice, s'il est mal conformé, devient la cause de mauvaise coction, lorsque cette mauvaise coction ne résulte pas de l'ingestion désordonnée des aliments, ou de leur quantité excessive, ou de leur mauvaise qualité (Galien. *De locis affectis*, cap. VII).

Après ces auteurs, et longtemps après, on s'occupe de la dyspepsie, en même temps que de l'hypocondrie ; nous citerons l'ouvrage de Daniel Sennert (*Institutiones medicæ*, 1620), où l'on trouve quelques règles thérapeutiques d'une grande justesse ; celui de Willis, intitulé : *Affectionum quæ dicuntur hystericæ et hypocondriacæ, pathologia spasmodica*, etc..... Londres, 1670, où, à travers les hypothèses favorites de l'auteur, sur la circulation des esprits animaux, se font remarquer des descriptions d'une grande exactitude. Dans le travail d'Ettmuller (*Dissertatio de malo hypocondriaco*, 1676), on peut trouver des indications utiles pour le traitement de la gastralgie, bien que l'auteur s'occupe surtout de l'hypocondrie. Dans les auteurs qui suivent, on peut aussi trouver des documents précieux au sujet de la thérapeutique de cette maladie. VIRIDET (*Dissertation sur les vapeurs qui nous arrivent*, 1726, in-8, Yverdun). — JEAN DE GORTER (*Praxis medicæ systema*. Harderwick, 1750, in-8). — HUNAUD (*Dissertation sur les vapeurs*, 1757, Paris). — FRACASSINI (*Opuscu. Pathol.*, 1758. Leipz. — POMME (*Traité des affections vaporeuses des deux sexes*.

Lyon, 1769). — LORRY (*de Malancholia et morbis melancholicis*, 1765-1766, Paris).

Comme nous l'avons vu plus haut, Galien avait entrevu l'influence de l'abdomen sur le cerveau, et, les dyspeptiques étaient pour lui, en même temps, des hypocondriaques. Toute son école et les auteurs précédents jusqu'au XVIIe siècle s'occupent de l'hypocondrie. Au XVIIe siècle, paraît la première monographie complète sur une névrose, qui n'était pas encore décrite, l'hystérie, et, elle est due à Sydenham. Dès cette époque, à l'hypocondrie de Galien, il faut ajouter l'hystérie de Sydenham. Cet élément nouveau n'était pas fait pour simplifier le problème et pour donner, sur la dyspepsie, une idée plus nette et plus juste.

L'hypocondrie n'était pas suffisamment définie pour que Sydenham, par sa description de l'hystérie, n'ouvrît pas la voie à une confusion encore plus grande. Cet auteur avouait lui-même le vague de ses idées nouvelles sur l'entité morbide qu'il venait de créer, en disant « qu'elle est très difficile à connaître et à guérir, qu'elle est un Protée prenant une infinité de formes, un caméléon variant sans fin dans ses couleurs, frappant tous les organes ». Aussi avant Sydenham, les dyspeptiques n'étaient qu'hypocondriaques, avec Sydenham, ils pouvaient être hystériques.

A ces deux catégories de dyspeptiques nerveux, vient bientôt se joindre une troisième classe de nerveux qui ne sont ni hystériques, ni hypocondriaques, et cette première mention est due à Whytt (*Des vapeurs et maladies nerveuses et hypocondriaques ou hystériques*, traduct. de l'angl., Paris, 1767).

Voici la description que cet auteur donne des symptômes que présentent les nerveux, les hystériques et les hypocondriaques :

« Les nerveux sont exposés, quand ils ont une frayeur, un chagrin, une passion vive, une excitation dans une partie sensible du corps, à avoir des tremblements, des syncopes, des convulsions.

« Les hystériques ont, outre ces symptômes, des vents dans l'estomac, dans l'intestin, une boule dans le gosier, le clavus hystericus, le vertige, des douleurs de tête, des soupirs, des palpitations, l'esprit inquiet, des écoulements de salive, d'urine, etc.

« Les hypocondriaques ont une sensibilité moins exquise, un système nerveux moins mobile, point de palpitations, ni syncopes, ni convulsions causées par la peur, le chagrin, les passions. Ce sont les nerfs de l'estomac et de l'intestin qui sont dans un état déréglé, maladif ; ces malades ont, en effet, toujours à se plaindre d'indigestions, de vents, d'inappétence, de fringales, de constipation ou de diarrhée, de rougeurs au visage, puis de vertiges, d'oppression, de défaillances, d'idées désagréables, d'insomnies. »

Ainsi, les relations si intimes qui existent entre les fonctions cérébro-spinales, et celles de l'estomac ont préoccupé également ce dernier auteur, mais il a trouvé qu'à côté de l'hypocondrie de Galien, de l'hystérie de Sydenham, il y avait place pour une troisième forme d'état nerveux et, c'est ce troisième état neurasthénique qui aurait surtout pour origine les troubles de l'estomac.

Donc, jusque dans la moitié du XVIIe siècle, le mot *dyspepsie* n'apparaît qu'à de très rares intervalles, et, pour

exprimer ce syndrome, on se sert de périphrases. En même temps, on peut observer que, loin de se constituer, le groupe de la dyspepsie tend plutôt à se dissocier : car, sous l'influence du nosologiste Sauvages (1768), à chaque symptôme isolable correspond un genre de maladie, sous les noms d'anorexie, de cardialagie, de gastrodynie, de nausées, de vomissements, de flatulence, sans compter les nombreuses sous-variétés de ces différentes manifestations.

A peine cette tendance analytique venait-elle de s'affirmer que Vogel (1775) faisait définitivement entrer le mot de dyspepsie dans le langage médical, de telle sorte que Cullen (1787) pouvait, quelques années plus tard, décrire, sous le même titre, la plupart des troubles fonctionnels de l'estomac, et, en dépit des formes symptomatiques de la maladie, dont il reconnaît lui-même l'existence, créer l'entité qui a survécu jusqu'à nos jours. Voici comment cet auteur la définissait :

« Le défaut d'appétit, le dégoût, les vomissements qui surviennent quelquefois, les distensions subites et passagères de l'estomac, les rapports de différents genres, une chaleur brûlante vers le cœur, des douleurs dans la région de l'estomac et la constipation, sont des symptômes qui se rencontrent fréquemment chez la même personne, et que l'on peut, en conséquence, présumer dépendre d'une seule et même cause prochaine. C'est pourquoi on peut la considérer comme une seule et même maladie, à laquelle nous avons donné le nom de dyspepsie. »

Avec Broussais, la dyspepsie devient la gastrite et,

pour lui, l'irritation de la membrane muqueuse de l'estomac devient, non seulement la maladie la plus fréquente, mais la source de la plupart des autres maladies. C'est dans les trois ouvrages : *Premier*, *Second* et *Troisième Examen* qu'il publia de 1816 à 1834, ouvrages qui soulevèrent contre lui, toute la génération médicale qui passait, mais, il faut le dire, qui excitèrent l'enthousiasme de celle qui commençait à paraître, que nous trouvons consignées ses théories sur la localisation des maladies et en particulier de la gastrite. Cet auteur, en parlant de l'hypocondrie, dit, *Deuxième Examen*, page 537 : « Allons au fait, l'irritation des organes de la digestion, quand même la cause de l'hypocondrie serait toute morale, est ce qui ouvre la scène....., arrêtez donc votre attention sur le grand phénomène de l'irritation de l'estomac ; et, *Troisième Examen*, t. I, prop. CCCXLIII : On guérit l'hypocondrie par les moyens qui guérissent les gastrites chroniques. »

Enfin, plus loin, il arrive à son idée fixe, *loc. cit.*, prop. CXLIV : « L'hypocondrie est l'effet d'une irritation permanente des principaux viscères des deux cavités inférieures ; mais elle ne devient complète que par le développement d'une gastro-entérite chronique qui agit avec énergie sur un cerveau fort irritable et organisé d'une certaine manière. *Propos*. CLII : La boulimie est l'effet d'une gastro-entérite chronique avec prédominance d'irritation gastro-duodénale. *Propos*. CXLV : La plupart des dyspepsies, gastrodynies, gastralgies, pyrosis, cardialgies et toutes les boulimies sont l'effet d'une gastro-entérite chronique. »

Dans le *Premier Examen*, page 268, il expose ses idées sur les difficultés du diagnostic différentiel de la gastro-entérite et des névroses digestives : « Donnez-moi, dit-il, les moyens de reconnaître quand ces désordres sont le pur et simple effet des aberrations de l'influence nerveuse, afin que je n'aie pas la douleur de faire périr mon malade en introduisant sur la membrane déjà trop sensible des voies gastriques, un tonique qui deviendrait débilitant, ou un antispasmodique qui augmenterait les convulsions. »

Barras (*Traités des gastralgies et des entéralgies*, 1827) lutta contre Broussais et Andral lui-même, bien que favorable aux doctrines de l'école physiologique, ne put s'empêcher de consacrer un chapitre de sa clinique médicale à quelques observations d'affection de l'estomac, qui ne consistent point dans un état inflammatoire de cet organe.

De toutes ces incertitudes, il résulta une époque d'anarchie pour la dyspepsie. Chaque auteur lui donna un sens arbitraire plus ou moins étendu. Valleix, par exemple, la mentionne à peine comme un épiphénomène de la gastralgie, dont il a bien su cependant la distinguer. Beau, au contraire, fait pour la dyspepsie ce que Broussais avait fait pour la gastrite à laquelle il semble vouloir l'opposer. Pour ce dernier auteur, la dyspepsie est la maladie la plus fréquente, la source inépuisable de troubles nerveux sympathiques, d altérations du sang et de toutes les dégénérescences organiques. Il considérait les trois termes dyspepsie, anémie et névropathie comme liés l'un à l'autre, comme marchant toujours ensemble ;

c'est la dyspepsie qui, selon lui, ouvre la voie à cette trinité pathologique ; il pensait que l'anémie était toujours la conséquence de la dyspepsie et que l'anémie entraînait la névropathie. Mais l'œuvre de Beau n'est pas plus complète que les théories qui l'ont précédée, car il ne peut pas dire ce qu'est au fond cette dyspepsie dont l'influence est si considérable.

En 1857, la dyspepsie reparaît, dans le livre de Chomel, à peu près avec les mêmes caractères que lui avaient assignés les nosologistes du XVIII[e] siècle. Elle comprend une foule d'espèces et de variétés suivant les symptômes qui prédominent. Ce sont autant de petites entités morbides, indépendantes, sans autre lien commun que l'organe qui paraît leur servir de support.

En 1881, M. le professeur G. Sée publie un ouvrage sur les dyspepsies gastro-intestinales, dans lequel il établit que la dyspepsie est une opération clinique défectueuse qui se passe soit dans l'estomac, soit dans l'intestin : d'où la division des dyspepsies en dyspepsies gastriques, intestinales ou pancréatiques. Mais, pour le médecin de l'Hôtel-Dieu, dans tous les cas, la condition *sine quâ non* de toute dyspepsie, c'est le trouble clinique. La participation de la lésion histologique n'est pas nécessaire et la dyspepsie peut exister sans lésions anatomiques.

La pepsine ne pouvant agir sans le secours d'un acide, M. Germain Sée, faisant jouer à l'acide chlorhydrique surtout, peut-être aussi à l'acide lactique, le rôle d'adjuvant dans la digestion des matières azotées, divise les dyspepsies gastriques en dyspepsies par déficit d'acide

chlorhydrique, et dyspepsies par excès de ce même acide. Cette division a été conservée et de là l'emploi de l'acide chlorhydrique dans le traitement des dyspepsies gastriques.

En 1880, Beard créa un nouveau mot, celui de *neurasthénie*. Sous ce nom, il classa toutes les névroses mal déterminées et cela fait, il crut avoir fondé une entité morbide, en dehors de l'hystérie, de la chorée, de l'épilepsie, de la mélancolie, etc., une maladie, sans substratum matériel, simple trouble fonctionnel qui trahit la faiblesse du système nerveux : c'est ainsi qu'il décrivit une neurasthénie par épuisement cérébral, spinal, sexuel et même gastrique.

Cinq ans plus tard, Arndt (de Leipzig) fit une nouvelle étude sur la neurasthénie, dans laquelle il arrivait aux conclusions suivantes : 1° C'est que la neurasthénie est due à « une hypertrophie » du système nerveux, dont la principale prédisposition se trouve dans la constitution même et reconnaît les causes les plus variées ; 2° c'est que la neurasthénie n'est qu'en définitive la réunion des symptômes dit nerveux, chez un malade quelconque.

En résumé, si l'on excepte les exagérations de Broussais, on remarque que jusqu'ici, on ne s'inquiète que très peu, dans l'étude de la dyspepsie, de l'état de la muqueuse de l'estomac, de l'intégrité de son système vasculaire, de ses glandes pepsinifères et des tissus sous-jacents ; autrement dit qu'on ne cherche pas à savoir si cette maladie n'aurait point une ou plusieurs caractéristiques qui en dévoileraient la nature et en dirigeraient le traitement.

Cette tendance, qui est surtout la tendance actuelle, se manifeste, pour la première fois, dans un ouvrage publié par le Dr Leven, avant 1884. Cet auteur, par des expériences, chercha à montrer que la dyspepsie était surtout caractérisée par de la rougeur, de la congestion, de l'irritation et des troubles de nutrition de la muqueuse gastrique, ainsi que par des modifications de texture dans les autres éléments anatomiques de l'estomac. Mais la dernière publication de ce même auteur (*Estomac et cerveau*, 1884) soulève de nombreuses protestations. Dans cet ouvrage, Leven, reprenant la théorie de Beard, attribue, au point de vue de la dyspepsie, un rôle prépondérant à une excitabilité maladive du plexus solaire et du cerveau et fait de ces deux centres le point de départ d'un même état nerveux. Comme Beau, il admet la dualité pathologique dyspepsie et état nerveux, mais, contrairement à ce dernier auteur, Leven nie que la dyspepsie soit la cause de la névropathie, il veut qu'elle en soit la conséquence. « Dans l'état de santé, dit-il (*loc. cit.*, p. 217), le système nerveux fonctionne en ne nous donnant qu'une sensation de bien-être. Dès que l'un des deux centres, cerveau ou plexus solaire est excité, il produit un ensemble de sensations douloureuses ; le centre excité communique son excitation au deuxième centre ; le système nerveux qui relève des deux centres, se trouble et, à la suite, tous les viscères innervés par lui. » Nous reviendrons sur cette théorie que nous opposerons aux théories de M. le professeur Bouchard et de M. le Dr Glénard sur la dyspepsie.

Nous dirons, alors, ce que nous pensons de l'explica-

tion de Leven et du rôle considérable qu'il fait jouer au plexus solaire dans les phénomènes dyspeptiques. Ce que nous ferons seulement observer ici, c'est qu'une telle théorie devait forcément amener son auteur à une thérapeutique peu active et devait avoir simplement pour but de combattre l'état nerveux. C'est ainsi que nous voyons Leven, à la fin de son ouvrage, prescrire contre cet état nerveux, origine de tous les maux, du bromure, du castoreum, de la valériane. Il recommande d'éviter le surmenage, de fuir les foules, les théâtres, les soirées, d'appliquer, derrière l'oreille, un vésicatoire pour diminuer l'irritabilité cérébrale, faire cesser la migraine, les vertiges, les étourdissements et ramener le sommeil. L'hygiène du plexus solaire devra être également instituée et on y arrivera, selon lui, en prescrivant un repos absolu, des emplâtres de ciguë, de collodion, de petits vésicatoires de cinq à six centimètres, des pointes de feu, de l'eau chaude sur la ligne médiane de l'estomac. « Ces agents, dit-il (*loc. cit.*, p. 241), appliqués sur la peau, réagissent sur les centres nerveux abdominaux et calment les souffrances, les coliques du malade. » Quant au régime alimentaire, il consistera à éviter les grands dîners trop copieux, à se nourrir d'aliments liquides : lait, potages, farines, purées de toutes sortes de légumineuses. Ce n'est que lorsque les principaux symptômes auront disparu et que le cerveau sera moins souffrant, que la viande et le poisson reparaîtront dans l'alimentation.

Pour terminer cet exposé thérapeutique, nous donnerons l'opinion de Leven sur les lavages de l'estomac : « Le lavage, dit cet auteur, n'agit pas toujours parce

qu'il nettoie ; il agit par le tube lui-même. Le tube, par son contact avec le pharynx, l'œsophage, l'estomac, modifie l'état des nerfs du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et réagit même sur le cerveau, diminue la lourdeur de tête, les vertiges. Dans mon service d'hôpital, ajoute-t-il, je me contente, lorsque l'état nerveux ne se complique pas de dilatation de l'estomac et de vomissements de liquide, lorsqu'il amène surtout des phénomènes nerveux de l'œsophage, de l'estomac et du cerveau, d'introduire le tube dans l'estomac et de le retirer sans faire de lavage. Cette simple introduction amende singulièrement l'état de l'estomac et du cerveau et contribue à rétablir les malades ». Sans nier les résultats qu'a pu constater Leven, nous pensons cependant que le lavage ne rend un véritable service au malade qu'en débarrassant l'estomac des matières qu'il n'a pu digérer.

Le D[r] Seure, dans son traité des *Maladies de l'estomac*, Paris, 1887, ne fait que développer la doctrine émise et proposée par Leven, dans ces premiers écrits. Il repousse la théorie nerveuse dont nous venons de nous occuper et n'accepte la première que parce qu'elle repose tout à la fois sur la physiologie, la pathologie expérimentale et sur l'observation clinique ; il la considère comme l'interprétation la plus vraisemblable et la plus satisfaisante des symptômes de la dyspepsie.

Nous ne pouvons pas parler de cet ouvrage, sans citer l'observation si intéressante de la maladie de Voltaire que le D[r] Seure considère comme un dyspeptique, contrairement aux conclusions des docteurs Roger du Havre et Rathel de Paris, qui, dans les études qu'ils ont faites

sur les souffrances continuelles de la vie du grand homme, ont prétendu, le premier, que Voltaire était hypocondriaque et arthritique, le second, qu'il était en possession d'une maladie grave des voies urinaires. D'après le Dr Seure, ces deux auteurs ont complètement négligé les troubles digestifs dont le patriarche de Ferney a souffert toute sa vie, et, pour preuve de ce qu'il avance, il nous donne tous les fragments des lettres dans lesquelles Voltaire parle de sa santé. En lisant cette étude intéressante, on est facilement convaincu de la vérité de l'assertion du Dr Seure, car d'un bout à l'autre de cette correspondance, Voltaire ne cesse de se plaindre de son estomac et de ses entrailles.

Le 6 août 1760, par exemple, il écrit à Mme du Deffant : « On n'est véritablement malheureux que quand on ne digère point » ; et c'est pour cette dyspepsie qu'il va prendre les eaux de Forges, qu'il est bientôt obligé d'abandonner, ses maux d'estomac augmentant. Dans une autre lettre à Mme de Bernières, il se dit « honteux de ne se présenter devant ses amis qu'avec un estomac faible et un esprit chagrin ». De temps en temps, il est pris de peur et croit qu'il va mourir « cependant, par saint Jean, il ne veut pas mourir. Il s'est imposé un régime si exact qu'il faudra bien qu'il ait de la santé pour l'hiver » (septembre 1724). Ce régime si sévère, c'est une cure de petit lait qu'il suit à l'hôtel Bernières, où il vivait seul en l'absence de son hôtesse.

Dyspeptique, au début, il devient bientôt hypocondriaque et, après s'être mis entre les mains de Bosleduc « pensant que ce médecin le guérira du mal que les eaux

de Forges lui ont fait », voyant que tous les remèdes qu'il prend ne font qu'empirer son état, en irritant davantage son estomac, il se livre, dans ses lettres, au découragement. Il a « la haine du monde », mais il se rattache à une amie, parce qu'elle lui a toujours montré d'autant plus de bonté qu'il souffrait davantage et « il a osé croire qu'elle ne se lasserait pas de ses malheurs... » « il compte passer avec elle le reste de sa vie, parce qu'il s'imagine que cette amie (Mme de Bernières) aura la générosité de l'aimer avec son mauvais estomac et son esprit abattu par la maladie, comme s'il avait encore le don de digérer et de penser ». (Novembre 1724.)

En juin 1725, nouvel espoir, grâce à un régime qu'il a suivi et dont il proclame les bienfaits : « Pour moi, dit-il, je puis vous assurer que le régime vaut mieux que toutes les boules de fer du monde ; je ne me sers plus de remède et je m'en trouve très bien. »

Mais bientôt, aux souffrances physiques viennent se joindre de grands chagrins qui ne font qu'aggraver son état. C'est ainsi qu'on trouve, dans sa correspondance, en juin 1748 : « Je ne serai jamais heureux, on ne peut l'être sans estomac ». (A *M. d'Argenson*, 19 juillet 1748.)

C'est à la même époque qu'il se sert des pilules de Stahl, pilules à la base d'aloès et de rhubarbe, unis à des extraits amers et à d'autres substances purgatives. D'abord, il en obtient un grand soulagement et il écrit à Frédéric de Prusse, avec lequel il est entré en relation en 1736 : « Je n'ai encore rien trouvé qui me fît plus de bien que les vraies pilules de Stahl... » (Février 1749). Mais cet enthousiasme ne fut pas de longue durée, il

abandonne bientôt ses remèdes et reconnaît encore une fois l'utilité du régime. C'est ainsi qu'en 1750, il entreprend son voyage à Berlin. Là, il se trouve chaque jour au milieu de fêtes magnifiques, mais « que peuvent lui faire toutes ces réjouissances, écrit-il à Mme de Fontaine, puisqu'elles ne l'empêchent pas d'avoir la colique, tous les matins, il n'y a que les gens bien sains qui jouissent de tout cela ».

Cette étude amène M. Seure aux conclusions suivantes : « Voltaire, dit-il, était dyspeptique à 26 ans, il le fut toute sa vie; et, dans ses dernières années, il éprouvait tant de malaises différents, en apparence étrangers à sa dyspepsie, qu'il prétendait avoir 84 maladies. »

Pour M. Seure, l'usage habituel des médicaments et surtout des purgatifs, annihile les bons effets du régime. Chaque fois, comme on a pu le voir, que Voltaire s'est soumis à un régime exact et sévère, il a reconnu qu'il s'en était toujours mieux trouvé. C'est ce qui l'avait conduit à se formuler lui-même le régime à suivre et ce régime, nous le trouvons dans une lettre qu'il écrivait le 6 septembre 1765, au comte d'Autrey. Entre autres recommandations, il ne veut pas qu'on déguise les mets, très sains en eux-mêmes, avec de l'essence de jambon, de champignon, de poivre, de la muscade ; il défend qu'on les larde, n'admet pas non plus de ris de veaux, nageant dans une sauce salée, ni le hachis, ni le pigeon à la crapaudine, ni les mets relevés, ni le pain qui n'a pas de croûte, « son estomac ne s'en accommode point ». Un souper sans appétit, suivant ces principes, « fait, dit-il, espérer un sommeil fort doux et fort plein, qui ne sera

troublé par aucun songe désagréable ». Malheureusement le patriarche de Ferney ne se soumettait pas régulièrement aux prescriptions hygiéniques qu'il reconnaissait lui-même comme si efficaces et qu'il savait si bien recommander.

Si nous jetons maintenant un dernier coup d'œil sur tout ce que nous venons de dire, nous voyons que, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, les théories et les classifications n'ont pas manqué et que, malgré les conquêtes de la chimie et de la physiologie, nous ne sommes guère plus avancés qu'Hippocrate sur la pathogénie de la dyspepsie. M. le Dr Glénard, dans un article sur l'Entéroptose, publié dans le *Lyon médical*, mars 1885, résume de la façon suivante les connaissances d'alors sur cette question : « Nous ne pouvons nier, dit cet auteur, que la confusion la plus absolue ne règne dans la distribution des dyspepsies : chaque auteur apporte une classification nouvelle ou remanie les précédentes ; pour l'un, il n'y a qu'une dyspepsie avec une cause unique ; pour l'autre, il y en a 40, ayant chacune son origine distincte : telle classification part de la conception hypothétique d'une atonie, d'une irritation ou d'une névrose de l'estomac, telle autre procède par l'énumération de tous les organes, tissus ou éléments anatomiques que comprend l'appareil digestif et fait autant de dyspepsies qu'il se peut imaginer de lésions ; une troisième prend pour base les perturbations des sucs ou des forces dont la chimie et la physiologie nous ont appris l'existence et le rôle dans l'acte de la digestion ; une autre choisit arbitrairement quelques symptômes

parmi les plus apparents, pour en faire des caractères de ressemblance ou de différence des diverses espèces de la dyspepsie ; celle-ci, enfin, car je n'en finirais pas de les nommer, dit il, utilise à la fois tous ces procédés et arrive à un beau tableau synoptique qui remplit une page. De telle sorte, qu'il est vraiment devenu plus facile de connaître tous les faits qui forment le domaine de la dyspepsie que de se rendre maître des diverses classifications et des différentes nomenclatures dont elle a été l'objet ».

Comme exemple de ces longues nomenclatures et comme preuve de ce qu'avance M. le Dr Glénard, nous ne pouvons mieux faire que de donner la classification que nous trouvons dans l'article Dyspepsie du *Dictionnaire des sciences médicales*. L'auteur, M. Brochin, résume dans ce long tableau, tout ce que l'on sait sur ce sujet, à cette époque bien peu éloignée, sans doute, mais à laquelle les travaux de M. le professeur Bouchard n'avaient pas encore paru.

CLASSIFICATION DE LA DYSPEPSIE :

D'après le siège.......	Dyspepsie buccale.	
	Dyspepsie gastrique.	
	Dyspepsie intestinale.	Duodénale.
		Iléale.
		Iléo-cæcale.
D'après les membranes	Dyspepsie muqueuse.	Stomacale.
		Stomaco-intestinale.
	Dyspepsie musculaire.	Stomacale.
		Stomaco-intestinale.

D'après les glandes et les sécrétions.......	Dyspepsie putride.
	— acide.
	— alcoolique.
	— pituiteuse.
D'après le symptôme prédominant.......	Dyspepsie atonique.
	— flatulente.
	— gastralgique ou nerveuse.
	— Irritative ou congestive.
D'après l'âge..........	Dyspepsie des enfants.
	— des adultes.
	— des vieillards.

Basée sur des données physiologico-chimiques et anatomo-pathologiques insuffisantes, cette classification, comme on le voit, quoique bien longue et bien complète, donne une idée très vague de ce que c'est que la dyspepsie ; aussi n'est-on pas surpris de voir qu'à des connaissances si peu précises sur une maladie si fréquente et si commune, correspond une thérapeutique peu active et peu efficace dans ses résultats.

Comme le dit si bien M. Cuilleret, dans une étude clinique sur l'Entéroptose ou maladie de Glénard, *Gazette des hôpitaux*, 1888, n° 109 : « lorsque des traitements variés dirigés contre le système nerveux, contre le rhumatisme ou l'anémie, contre une affection organique (estomac, rein, foie, utérus), se sont succédé, sans le moindre résultat, on voit défiler alors une série de diagnostics relatifs à des formes frustes de telle ou telle maladie, la maladie s'aggrave, aucun traitement ne réussit, et finalement, ne sachant quel nom donner à un complexus symptomatique si embarrassant, on finit par déclarer que le malade n'est qu'un hypocondriaque (terme ancien), ou un névropathe (terme nouveau et scientifique) ».

Les travaux de M. le professeur Bouchard sur le rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac, 1884, ceux de M. le Dr Glénard sur l'entéroptose, 1885, apportèrent, les premiers surtout, dans une question si compliquée, une grande clarté.

Avec ces auteurs, le sujet fut envisagé par un côté nouveau, et quoique basées sur des données anatomiques et physiologiques absolument différentes, les théories de ces deux auteurs ont fait faire, celle de M. Bouchard surtout, un pas considérable à la thérapeutique de la dyspepsie.

Nous n'envisagerons, dans ce travail, que les trois théories qui suivent :

1° *La théorie nerveuse,* la plus ancienne, celle que Beard reprit en 1880, pour laquelle il a créé le nom de Neurasthénie.

2° *La théorie mécanique ou de Glénard.*

3° *La théorie humorale ou celle du professeur Bouchard.*

C'est dans la seconde partie de notre thèse que nous examinerons les trois théories qui précèdent et nous le ferons avec l'aide des nombreux travaux qui ont été faits sur cette intéressante question et dont les principaux sont: *Auto-intoxications* de BOUCHARD, Paris, 1885, page 167. — Rôle pathogénique de la dilatation d'estomac (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux,* 1884. — LEVEN. *Estomac et cerveau,* Paris, 1884. — GLÉNARD. *Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse.* — De l'entéroptose, même auteur, *Lyon médical,* mars 1885. — Entéroptose et neurasthénie (*Société mé-*

dicale des hôpitaux de Paris, 15 mai 1886, et *Semaine médicale*, 19 mai 1886. — Diagnostic de l'entéroptose, conférence clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, *Province médicale*, 7 avril 1887. — Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose, *Lyon médical*, juin et juillet 1887. — Féréol. De l'entéroptose, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 5 janvier 1887. — Glénard. *A propos d'un cas de neurasthénie gastrique*, Paris, 1887. — Cuilleret. Étude clinique sur l'entéroptose ou maladie de Glénard, *Gazette des hôpitaux*, 1888, n° 109. — Trastour. *Les déséquilibrés du ventre*, Paris, 1889. — Dujardin-Beaumetz. *Clinique thérapeutique de l'hôpital Cochin* et *Nouvelles médications*, 2e série.

THÉORIE NERVEUSE. — NEURASTHÉNIE DE BEARD

Des trois théories que nous allons examiner, dans cette seconde partie de notre thèse, deux seront surtout développées par nous ; ce sont : 1° la théorie mécanique soutenue par M. Glénard qui, comme nous le verrons, fait jouer aux différentes « ptoses » des organes abdominaux, « à la splanchnoptose », en un mot, des organes digestifs, le premier rôle dans la production du complexus symptomatique qui nous intéresse ; 2° la théorie humorale de M. le professeur Bouchard qui considère, au contraire, la dilatation de l'estomac comme le seul substratum anatomique de ce même complexus que l'on désigne du nom de neurasthénie gastrique. C'est pour cela que nous ne donnerons qu'un moins grand développement à la théorie nerveuse proprement dite, dont nous nous sommes déjà occupé, dans l'historique de ce travail.

Nous avons vu que cette théorie avait été développée et soutenue, pour la première fois, par Beard, en 1880. Nous avons déjà dit qu'en créant le mot *neurasthénie*, cet auteur a voulu classer, sous ce mot nouveau, toutes les névroses mal déterminées qui ne pouvaient entrer, à cause de leur symptomatologie différente, dans les maladies connues et classées jusqu'à ce jour : l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, par exemple.

Sans doute Beard avait bien observé, sans doute, les

différents symptômes dont il nous parle et qu'il veut grouper ensemble existent pour nous, comme pour les nombreux observateurs, dont nous avons cité les noms, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, mais bien que la théorie de Beard soit vraie, elle n'est pas claire et cela, parce que cet auteur n'a pas vu entre les différentes neurasthénies qu'il nous décrit, les traits d'union qui les unissent et les confondent. Pourquoi créer, comme il l'a fait, tant de sortes de neurasthénies, pourquoi décrire une neurasthénie par épuisement cérébral à côté d'autres neurasthénies par épuisement spinal, sexuel et gastrique? C'est aller, ce nous semble, contre l'unité du complexus symptomatique qu'il avait voulu former, c'est détruire par l'analyse l'entité morbide qu'il avait créée par la synthèse.

Il nous est facile cependant de comprendre pourquoi cet auteur a été conduit à créer autant de neurasthénies qu'il existe d'organes affectés, c'est qu'il ne lui avait pas été possible de découvrir la cause des symptômes qu'il avait observés, et, s'il connaissait bien l'état neurasthénique sous toutes ses formes, dans toutes ses variétés, il ne connaissait bien que la symptomatologie de l'état qu'il voulait décrire et non la pathogénie des accidents qu'il observait. C'est ce qu'ont vu, du reste, les auteurs qui l'ont suivi, Leven, par exemple, dont nous avons également parlé et qui, cherchant précisément cette pathogénie introuvable pour Beard, a cru pouvoir mettre sur le compte de l'excitabilité maladive primitive du plexus solaire, la cause de la dyspepsie d'abord, de l'état nerveux des dyspeptiques ensuite, c'est-à-dire, en un mot, de la neurasthénie gastrique.

Nous avons vu, que, pour Leven, dyspepsie et neurasthénie marchaient ensemble, mais que, pour lui, contrairement à ce que pensaient Beau et bien d'autres, la névropathie était primitive et déterminait secondairement, par retentissement sur tous les organes, un état maladif des viscères, la dyspepsie, par exemple. C'est ce que cet auteur résume dans cette phrase que nous avons en partie rapportée : « Dans l'état de santé, le système nerveux fonctionne, en ne nous donnant qu'une sensation de bien-être. Dès que l'un des deux centres nerveux, cerveau ou plexus solaire, est excité, il produit un ensemble de sensations douloureuses ; le centre excité communique son excitation au deuxième centre ; le système nerveux qui relève des deux centres se trouble et à la suite tous les viscères innervés par lui ». (*Estomac et cerveau*, Leven, page 217.)

Ailleurs, il nous donne (page 16 du même ouvrage) un exemple de ce qu'il entend par ce retentissement sur les organes par l'intermédiaire du plexus solaire, quand, parlant de la névropathie cérébro-cardiaque, décrite par Krishaber, il dit : « Cet auteur croyait à tort que l'action du cerveau s'épuisait dans les ganglions cardiaques ; il n'avait pas vu que le cœur n'est pas frappé directement par le cerveau, mais indirectement par l'intermédiaire du plexus solaire. »

C'est encore cette pathogénie que Leven cherchait, lorsque, avant d'accepter la théorie nerveuse de Beard, cet auteur, dans un ouvrage que nous avons déjà cité et qui avait paru avant 1880, mettait la cause de la dyspepsie dans l'état de la muqueuse stomacale, dans sa rou-

geur, sa congestion et dans les modifications de sa structure.

Arndt de Leipzig reprit bien, à son tour, la théorie de Beard, mais il y ajouta si peu que les théories de ces deux auteurs, n'en font en somme qu'une. Dans tous les cas, s'il y ajouta quelque chose, ce ne fut pas de la clarté. Nous ne redonnerons pas les conclusions de l'ouvrage de Arndt, nous les avons citées plus haut, en les lisant, on pourra s'en convaincre.

En un mot, à Beard nous devons la création du mot neurasthénie, nous lui devons le groupement, sous ce mot nouveau, d'une foule de symptômes non classés, mais vus et observés avant lui. Son grand mérite fut de les signaler de nouveau, de les classer les uns à côté des autres, de faire une entité morbide distincte. Mais ce qu'il ne fit pas suffisamment, c'est d'en montrer les relations et d'en donner la cause. Sa théorie n'explique rien, mais elle a incontestablement un grand mérite, celui d'avoir dirigé l'attention vers le système nerveux. Le traitement de Weir Mitchell en fut déduit.

Pour Beard, la neurasthénie était « un manque de nerfs » ; pour Arndt, elle est l'expression d'une « hypertrophie » du système nerveux dont la principale prédisposition se trouve dans la constitution même et reconnaît les causes les plus variées. Il dresse un tableau vraiment infini de symptômes innombrables qu'il trouve dans ce processus morbide, mais, comme le fait remarquer M. Cuilleret, dans son article, déjà cité, sur la maladie de Glénard (*Gazette des hôpitaux*), « il n'y a rien de nouveau là-dedans ; les cliniciens illustres qui l'avaient précédé

avaient mieux observé et étaient tout aussi renseignés ».

Quant à Leven, nous ne pouvons mieux faire que de rapporter le jugement de M. le D[r] Dujardin-Beaumetz sur sa théorie : « Pour Leven, dit notre savant maître (1), les irritations des cellules du plexus solaire détermineraient les désordres dans la muqueuse stomacale et dans les organes avoisinants. J'avoue que cette explication n'explique rien. Dire que l'irritation du plexus solaire entraîne des désordres de la muqueuse est un fait qui demanderait une démonstration anatomique plus précise que celle qui a été fournie par Leven ; il faudrait, de plus, savoir quelle est la cause de cette irritation du plexus solaire ». Je terminerai en disant : Leven a soulevé le problème de la pathogénie des accidents dyspeptiques, laissé de côté par Beard, mais en cherchant à le résoudre, et par la solution qu'il en donne, il n'a fait que le déplacer.

(1) Nouvelles médications.

THÉORIE MÉCANIQUE DE M. LE Dr GLÉNARD. — ENTÉROPTOSE

La doctrine de l'entéroptose, telle qu'elle a été conçue par son auteur, M. le Dr F. Glénard, a pour point de départ un caractère nouveau en séméiotique : la splanchnoptose des organes digestifs. Cette splanchnoptose ou prolapsus, chute des organes contenus dans la cavité abdominale à la suite, soit du relâchement des différents ligaments qui les soutiennent, soit d'une diminution de tension du côté de la paroi abdominale, devenue flasque et dépressible, a été formulée par cet auteur, après des recherches très intéressantes sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique des rapports de l'intestin et des organes de la cavité abdominale en général, recherches auxquelles il fut conduit lorsqu'il voulut déterminer la pathogénie de certaines dyspepsies et la relation qui existait entre les symptômes neurasthéniques de ces dyspepsies et la diminution de tension abdominale qu'il avait constatée chez ceux qui en étaient atteints.

Mais, pour bien comprendre la théorie de l'entéroptose, pour se rendre un compte exact de ce que M. le Dr Glénard entend par ptose du rein ou néphroptose, par ptose de l'estomac ou gastroptose, par ptose de l'intestin ou entéroptose, il faut étudier, avec lui, le tube digestif au point de vue de son mode de suspension dans l'abdomen.

Nous trouverons les éléments de cette étude dans la communication que M. Glénard, lui-même, fit à la Société médicale des hôpitaux, le 15 mai 1886, et au sujet de laquelle M. le D[r] Féréol fit un rapport que nous aurons, plusieurs fois, l'occasion de citer.

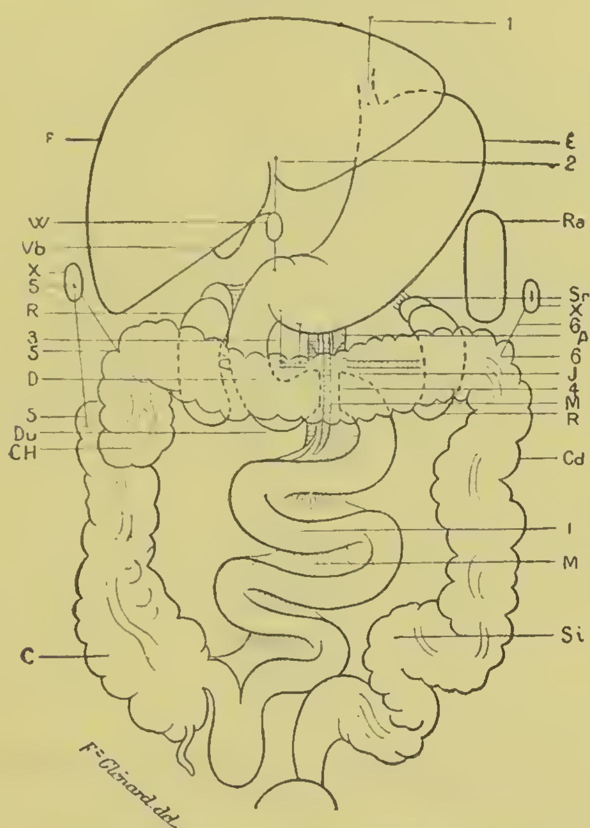


FIG. 1. — État normal, d'après GLÉNARD.

A, aorte ; E, estomac ; C, cæcum ; *Cd*, côlon descendant ; CH, coude droit du côlon ; D, duodénum ; D*u*, bas-fond du duodénum ; F, foie ; I, iléon ; J, jéjunum ; M, mésentère ; M*s*, artère més. sup. ; R, rein ; R*a*, rate ; S*i*, S iliaque ; S*r*, caps. surrénale ; V*b*, vésicule biliaire ; W, hiatus de Winslow ; X, dixième côte.

1, œsophage ; 2, bord winslowien de l'épiloon gastro-hép. ; 3, ligament pylori-colique ; 4, ligament mésent. sup. ; 5, repli supenseur du coude droit ; 6, ligament pleuro-colique.

« Le tube digestif est relevé, de distance en distance, à la manière des baldaquins et les angles ainsi formés sont

fixés à la paroi postérieure de l'abdomen, dit M. Glénard.

« Les six angles de soutènement intermédiaires aux sept anses digestives (duodénum, jéjunum, iléon, cæcum, côlon ascendant, côlon descendant, côlon transverse,

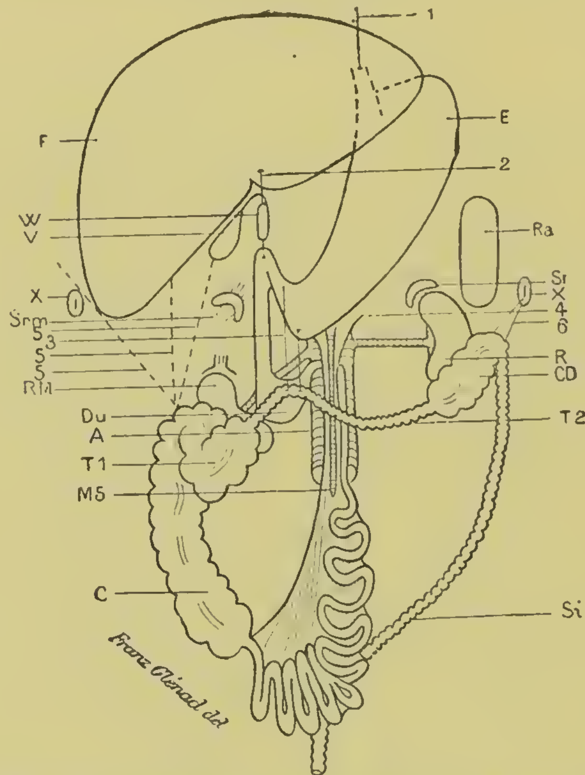


FIG. 2. — État pathologique, d'après GLÉNARD (ici compliqué d'une néphroptose du troisième degré.

A, aorte (*batt. épig.*) ; C, cæcum (*boudin déjeté en dedans*) ; CD, coude gauche du côlon (à sa place), précédé d'une dilatation ampullaire ; D*u*, bas-fond du duodénum ; E, estomac, tiré par le transverse ; F, foie ; M*s*, mésent. sup. coup.; R, rein ; R*a*, rate ; RM, rein mobile du troisième degré (Fr. Glénard) ; S*i*, *cordon sigmoïdal ;* S*r*, caps.surrénale ; S*m*, id. droite, avec son ligament d'union au rein déchiré après distension (d'où ectopie du rein) (Fr. Glénard) : T (1), première anse du transverse en prolapsus ; T (2), *corde colique transverse ;* X, dixième côte ; V, vésicule biliaire ; W, hiatus.

rectum) peuvent être considérés comme les orifices de communication de deux anses contiguës ; or cinq d'entre

eux (orifice gastro-duodénal, duodéno-jéjunal, coude droit du côlon transverse, coude gauche, angle sous-pylorique du transverse, nous verrons plus bas ce qu'on entend par ce mot) sont situés dans le plan du méso-gastre.

« Ces orifices peuvent être atrésiés par la traction ou le prolapsus des anses correspondantes.

« De plus, le faisceau fibreux qui descend avec la mésentérique supérieure au-devant du duodénum est « le vrai ligament suspenseur » de l'intestin grêle.

« Lorsque l'intestin grêle est vide de gaz et prolabé, il tire sur son ligament qui écrase l'intestin, au-devant duquel il descend, et alors le duodénum, pour chasser son contenu dans le jéjunum, devra soulever un poids minimum d'un demi-kilogramme.

« D'un autre côté, le côlon est relié à l'estomac d'une façon invariable, c'est-à-dire lui est suspendu au niveau des quatre premiers centimètres de la grande courbure à partir du pylore.

« Le ligament intermédiaire au transverse et à l'estomac, que je décris sous le nom de ligament pylorico-lique, relève le transverse vers sa partie moyenne et divise ainsi la grande anse transverse en deux anses secondaires, que je désigne par les termes de première et deuxième anse transverse ou droite et gauche ; l'orifice de communication entre ces deux anses, que je désigne par les termes d'orifice sous-pylorique du côlon transverse, peut être atrésié par le prolapsus des deux anses transverses. En outre, le prolapsus des anses transverses implique le prolapsus de l'estomac et, par suite, l'atrésie

de l'orifice gastro-duodénal ou orifice de sortie de l'estomac.

« Mais nous avons vu d'ailleurs que l'orifice de sortie du duodénum peut être atrésié par le prolapsus du grêle (ligament suspenseur formé par le mésentère) : en outre l'anse duodénale n'est pas soutenue par sa concavité.

« Je puis donc dire que la clef de la statique physiologique du tube digestif se trouve dans la proposition suivante :

« Le duodénum doit être comparé à un flacon portant deux tubulures à son extrémité supérieure : la tubulure gastro-duodénale, réglée par le côlon transverse ; la tubulure duodénale-jéjunale, réglée par l'intestin grêle.

« Mais je démontre, en dernier lieu, qu'il n'y a pas de ligament supérieur proprement dit du coude droit du côlon ; c'est le point le plus mal soutenu et, par conséquent, le plus menacé de tout le tube digestif ; le coude droit du côlon est rarement à sa place, dans les autopsies. » (*De l'entéroptose. Conférence faite à l'hôpital de Mustapha-Alger*, le 27 janvier 1889.)

Ce que l'on doit surtout remarquer, dans cet exposé anatomique, c'est le rôle considérable que M. le D[r] Glénard fait jouer : 1° aux deux ligaments suspenseurs de l'intestin grêle ou ligament mésentérique et ligament pylori-colique ; et 2° à la grande mobilité du coude droit du côlon. Pour cet auteur, la tension abdominale diminuant à la suite du relâchement de la paroi abdominale, soit après de nombreuses grossesses, soit après un traumatisme, c'est au prolapsus de l'intestin et en particulier au prolapsus du segment intestinal le plus fragile, le

coude droit du côlon, qu'il faut faire remonter le point de départ de la pathogénie des accidents gastriques et neurasthéniques. Le fait primitif, dit-il, c'est l'abaissement du côlon transverse au niveau de son coude droit, et, dès le début des accidents, c'est ce point qui est le plus nettement incriminé, comme siège des premiers symptômes douloureux, de même que la tension avec sensibilité du cæcum est le seul signe objectif qui soit constant dans toutes les phases de la maladie. « Ajoutons à cela, dit M. Glénard, que les organes situés au-dessous du foie, sont, par le fait d'un effort ou d'un traumatisme, ceux qui sont les plus exposés à une dislocation du haut en bas, en particulier chez les femmes, où le foie est déjà abaissé par le corset. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que la néphroptose droite soit si fréquente, bien plus fréquente que la gauche ou que la néphroptose double.

Donc, relâchement de la paroi abdominale — ectopie du coude droit du côlon, — abaissement consécutif de tout le côlon transverse — tiraillements, par l'intermédiaire du ligament pylori-colique, du côlon transverse sur l'estomac et la première portion du duodénum, d'où ectopie consécutive et abaissement de ces deux organes — gêne de la circulation des substances alimentaires dans leur passage de l'estomac dans le duodénum, bientôt compliquée d'un arrêt de ces matières dans la deuxième et troisième portion du duodénum, par suite de la compression du ligament mésentérique au niveau de la communication du duodénum avec le jéjunum, telle est la série des conséquences qui, d'après M. le Dr Glénard, suivent l'ectopie du côlon transverse en entier ou principalement de son

coude droit. C'est là, pour lui, le vrai et le seul mécanisme des troubles nombreux qui font du dyspeptique un neurasthénique.

Ces troubles nombreux, il les décrit et les divise en gastriques proprement dits, en mésogastriques et en neurasthéniques.

Les gastriques sont représentés par les sensations de flatulence, de douleur, d'aigreur, survenant à un certain intervalle, après le repas, étant en rapport avec l'alimentation prise et présentant, enfin et surtout, ce caractère important, c'est qu'ils disparaissent sous l'influence du traitement ordinaire de la dyspepsie.

Les autres troubles, au contraire, désignés sous les noms de mésogastriques et de neurasthéniques présentent, à côté du caractère qui leur est commun, c'est-à-dire, résister au traitement qui s'adresse simplement à l'estomac, soit médicament, soit régime, d'autres caractères qui leur sont propres et qui leur ont fait donner leurs noms. Ces caractères sont, pour les mésogastriques, des sensations comme pesanteur, délabrement, tiraillement, talement, creux, vide, fausse faim que les malades placent « entre l'estomac et le ventre » ; pour les neurasthéniques, des sensations générales, sans localisation appréciable et paraissant tenir à des troubles généraux soit de la circulation, soit de la respiration, soit de l'innervation.

Ces symptômes gastriques, mésogastriques et neurasthéniques n'apparaissent pas en même temps, ils se succèdent, et, dans leur apparition, on peut distinguer trois étapes, qui font diviser la maladie en trois périodes.

Il y a, d'abord, une période gastrique, correspondant

à l'atonie gastrique ou aux troubles de contraction de l'estomac, provoqués par la dislocation du côlon ; une période mésogastrique, correspondant à la gastroptose, qui se réalise lorsque l'estomac a cessé de résister aux conditions de prolapsus créées par sa connexion avec le côlon transverse ; une période neurasthénique, qui est celle de la diminution de tension abdominale, survenant lorsque la nutrition est compromise, lorsque sous l'influence d'une alimentation réduite et très certainement d'un trouble secondaire de la fonction hépatique : oligocholie ou dyscholie, l'amaigrissement s'accentue, la constipation devient opiniâtre, les sécrétions digestives amoindries, lorsque les anses intestinales, plus lourdes et plus mal soutenues, sont de plus en plus rétractées et prolabées.

Nous n'avons que très peu parlé de l'étiologie des accidents qui précèdent ; M. le D[r] Glénard cependant l'a recherchée et, bien qu'ici il ne nous fournisse pas des notions aussi précises, on ne peut nier cependant que les causes qu'il en a données ne puissent être invoquées.

« Dans l'étiologie on trouve, au début, dit-il, à côté des accouchements, dont les uns ont été normaux, en apparence, dont les autres, au contraire, ont été très laborieux, on trouve souvent un traumatisme, tel que chute, effort violent, à la suite duquel la malade a senti une douleur vive dans le flanc droit et dans la région lombaire correspondante ; la douleur a parfois été assez vive pour forcer la malade à rester assise ou couchée pendant quinze à vingt minutes. Ce n'est guère qu'un mois après que sa santé a commencé à être réellement troublée, et

la relation entre les premiers symptômes et le traumatisme serait souvent méconnue, si le médecin n'appelait l'attention de la malade sur la concordance des dates.

« Or, dans ces cas de traumatisme, l'évolution morbide suit ultérieurement le même processus que dans les cas où il y a accouchement à l'origine, et l'on peut trouver plus tard les signes subjectifs et objectifs les mêmes dans les deux cas. » (Conférence sur l'entéroptose. *Loc. cit.*)

Traumatisme et accouchement sont donc les principales causes de l'entéroptose qui déterminera plus tard les accidents dyspeptiques et nerveux. Ce qu'il ne faut pas oublier, en effet, c'est que, pour M. Glénard, dans la grande majorité des cas, l'entéroptose débute, est primitive, l'atonie gastrique, les troubles rénaux, hépatiques, intestinaux n'étant que secondaires et que la manifestation du déplacement de tous les organes abdominaux.

Pour faire de l'entéroptose une entité morbide complète, il ne nous manque, après avoir décrit, avec M. Glénard, une étiologie, une anatomie pathologique, une symptomatologie à part, que d'en faire le diagnostic et le traitement.

Le diagnostic, nous le trouvons dans la communication que l'auteur a faite à la Société médicale des hôpitaux et que nous avons déjà citée ; nous le trouvons également dans la conférence qu'il a faite à l'hôpital de Mustapha-Alger, où il nous indique comment, après avoir constaté les différents symptômes : gastriques proprement dits, mésogastriques et neurasthéniques, il a été conduit à en faire le diagnostic :

« Si les symptômes mésogastriques correspondaient à quelque signe objectif, ce signe objectif devait très vraisemblablement se trouver dans la région du mésogastre.

« Je palpai donc, de parti pris, l'abdomen de tous mes dyspeptiques à symptômes mésogastriques. Je notai, tout d'abord, chez eux, la présence constante d'une douleur à la pression dans le flanc droit, puis bientôt, la fréquence très grande, au-dessus de l'ombilic, du battement épigastrique.

« L'étude des caractères de ce battement épigastrique, des points où il présentait son maximum d'intensité, ne tarda pas à me prouver qu'il avait l'aorte pour siège; dans quelques cas, on pouvait très nettement caractériser ce vaisseau par son siège, sa direction.

« Enfin se présentaient des cas dans lesquels il était manifeste que le battement de l'aorte était transmis au doigt, qui le percevait par l'intermédiaire d'une petite masse de la grosseur du pouce, mobile de haut en bas, au-devant de l'artère sur laquelle elle faisait saillie.

« La recherche de la forme et de la nature précise de cette petite masse me la montra, dans certains cas, se prolongeant de chaque côté de l'aorte sur une longueur de trois à quatre centimètres et revêtant ainsi l'aspect d'une corde assez étroite, résistante, toujours transversale et mobile de haut en bas, dans la région de l'ombilic.

« Ce ne fut que bien plus tard que je fus éclairé sur la signification de cette corde : il s'agissait, à ma grande surprise, du côlon transverse. Parfois, à la suite d'une pression modérée et un peu prolongée, le doigt avait

senti qu'elle était le siège d'un fin gargouillement ; dans d'autres cas, la pression sur cette corde éveillait de la sensibilité dans le flanc droit; d'autres fois, la pression simultanée du flanc droit faisait naître soit des sensations douloureuses, soit du gargouillement dans la corde. Enfin, chez quelques malades, on pouvait avec les doigts suivre cette corde jusque sous l'hypocondre droit et la trouver alors se continuant directement avec le côlon ascendant.

« C'était bien le côlon transverse; je l'appelai donc corde colique transverse. Cette constatation m'imposait d'étudier, chez mes malades, non seulement la palpation de l'abdomen, mais encore celle de l'intestin.

« Ce fut ainsi que j'arrivai à noter la présence fréquente d'une autre corde formée par l'intestin dans le flanc gauche,— je l'appellerai cordon sigmoïdal, parce que c'est l'S iliaque, — et à constater que la douleur constante du flanc droit, chez mes malades, avait pour siège le cæcum et que, chez eux, le cæcum était rénitent, étroit, déjeté en dedans sous forme de boudin, — je l'appelai boudin cæcal, au lieu d'ovarie, ainsi qu'elle avait été jusqu'ici dénommée.

« Mais la coïncidence la plus fréquente était celle du boudin cæcal et de la corde colique transverse. Pourquoi ce transverse rétréci et ce cæcum tendu et contracté, comme s'il y avait entre ces deux segments intestinaux, un obstacle s'opposant à leur libre communication, obstacle déterminant de la contraction, de l'effort en amont, de la rétraction, de la vacuité en aval ? C'était dans le coude droit du côlon qu'il y avait quelque chance

d'en trouver la cause, et cela était d'autant plus vraisemblable, que, parfois, le flanc droit et l'hypocondre droit devenaient gonflés et douloureux et que le massage du cæcum, dans ces cas, pouvait faire dissiper gonflement et douleur, en même temps qu'un gargouillement dans le transverse indiquait le passage, sous l'influence de la pression du cæcum, des gaz ou liquides du cæcum dans le transverse, à travers un obstacle franchi.

« Pour rechercher les signes objectifs tirés du coude droit du côlon, je me perfectionnai peu à peu dans la palpation des hypocondres, je recourus à la palpation bimanuelle combinée avec les mouvements de forte inspiration, destinés, dans mon esprit, à rapprocher de mes doigts, par la pression qu'exerçait de haut en bas le foie en s'abaissant, la partie de l'intestin que je ne pouvais explorer.

« Contre toute attente, je trouvai le rein mobile, alors que rien, ni dans les symptômes subjectifs, ni dans les signes objectifs fournis par la palpation classique de l'abdomen, m'eût permis même de le soupçonner. »

La recherche de la pathogénie des symptômes mésogastriques que M. le docteur Glénard a définis plus haut, comme nous l'avons dit, amena donc l'auteur à constater chez les neurasthéniques l'abaissement du rein, une néphroptose, comme il l'appelle. La fréquence de cette néphroptose qu'il constata, dit-il, dans 30 pour 100 des cas et qu'il releva dans 215 cas, éveilla son attention sur le rôle que pouvait jouer l'ectopie viscérale et ce fut là le point de départ de sa théorie de l'entéroptose, dont le diagnostic devra être fait, dès lors, par la recherche, au

moyen de la palpation abdominale, de la corde transverse du côlon, du cordon sigmoïdal, du boudin cæcal et de la mobilité du rein et de son prolapsus au-dessous des fausses côtes, ainsi que par la recherche des signes subjectifs que nous avons signalés plus haut.

Mais cette palpation abdominale n'est pas toujours facile, comme on le sait ; d'un autre côté, tout le monde est d'accord pour admettre que la percussion abdominale ne donne que des résultats peu précis, dans les recherches qui nous occupent. Comment, en effet, différencier, d'une façon bien pratique, la sonorité stomacale de la sonorité intestinale d'un côlon quelquefois très dilaté, se confondant avec l'estomac et nous amenant ainsi à conclure dans le sens de la dilatation de ce dernier organe alors qu'il n'en est rien. Le foie, lui-même, n'est pas toujours accessible à ce moyen d'investigation, et, bien qu'ici la matité que l'on peut percevoir, sur une plus ou moins grande étendue de la région hépatique, soit d'une grande utilité pour apprécier les dimensions de l'organe, la sonorité que l'on perçoit au-dessous des fausses côtes, n'est pas toujours l'indice de l'absence de la glande hépatique en ce point, l'intestin refoulé pouvant s'interposer entre le foie et la paroi abdominale.

Quoi qu'il en soit, M. Glénard attire l'attention sur un procédé de palpation qui permet de se rendre un compte exact de la disposition et de l'état des organes contenus dans les hypocondres.

Cette palpation, que son inventeur appelle palpation néphroleptique ou procédé du pouce, permet de faire le diagnostic entre le rein mobile, la vésicule biliaire, le

prolapsus et la déformation du foie, les phases prodromiques de la cirrhose et de la congestion du foie, la tumeur stercorale.

« Cette méthode, dit M. Cuilleret (*loc. cit.*), qui a eu l'avantage de la voir pratiquer bon nombre de fois par M. Glénard lui-même, consiste à fouiller l'hypocondre, pendant une profonde inspiration, et elle est appelée néphroleptique, parce que c'est à elle qu'on doit recourir pour faire le diagnostic de rein mobile et que, le rein étant l'organe le plus profondément situé de la région, il est évident que les doigts, avant de l'atteindre, auront déjà rencontré tout ce que la région pouvait présenter d'anormal ».

Ce procédé comprend trois temps que M. Glénard désigne sous le nom caractéristique de : affût, capture, échappement.

1° Étreindre largement et solidement, de la main gauche, pouce en avant, quatre autres doigts en arrière, la zone des parois molles situées au-dessous du rebord costal. On a ainsi un anneau étroit, complété, à sa partie intense, soit par la colonne vertébrale en arrière, soit par la main droite appliquée en avant, au niveau de l'ombilic, le rebord cubital un peu en haut, la face palmaire regardant à droite (affût).

Faire alors inspirer profondément le malade, une fois, deux fois, plusieurs fois de suite. Normalement, on ne doit rien sentir descendre entre les doigts.

Si l'on sent descendre quelque chose (ptose) entre les doigt, on place, peu à peu, ceux-ci, en tâtonnant, pendant une série d'inspirations profondes, sur le trajet exact de

la ptose, en portant le pouce le plus haut possible au-dessous du rebord costal.

2° Cela fait, il faut retenir la « ptose » entre le médius et le pouce gauches; pour cela, lorsque la ptose paraît avoir atteint la limite inférieure de son incursion, on augmente brusquement la constriction exercée à travers la paroi abdominale par les doigts, en rapprochant le plus possible l'un de l'autre les extrémités du médius et du pouce gauche. En même temps, la main droite veille à ce que la ptose ne soit pas déviée vers la ligne médiane (capture).

4° Enfin, pour apprécier les différents caractères de siège, forme, consistance, volume, sensibilité, etc., de la ptose, il faut la laisser échapper en la faisant passer de bas en haut, entre les doigts de la main gauche, au-dessous du pouce qui joue ici le rôle intelligent (échappement).

Pour cela, la ptose étant « captive », on écarte légèrement l'une de l'autre, tout en les abaissant, les extrémités du pouce et du médius gauches, et on exerce une certaine compression de bas en haut, et de dedans en dehors avec la main droite; la ptose remontera ainsi sous le pouce gauche, et si cette ptose est formée par le rein, par exemple, on aura, à ce moment-là, un ressaut visible à l'œil et dont le malade a parfaitement la sensation.

Cette exploration bimanuelle donne sur le prolapsus du rein et son abaissement les meilleurs renseignements. Grâce à elle, on pourra distinguer les quatre degrés d'entéroptose décrits par M. Glénard et qui sont :

A. La pointe de néphroptose ou néphroptose au premier degré, dans lequel on ne sent, par la palpation néphroleptique, que le pôle inférieur du rein, à la fin de la période d'affût.

B. La néphroptose au deuxième dégré, dans lequel on peut retenir tout le rein entre les doigts, sans pouvoir toutefois former avec les doigts un sillon, en comprimant les tissus au-dessus du rein.

C. La néphroptose au troisième degré, dans lequel on peut, en rapprochant le pouce et le médius gauches, former un sillon net au-dessus du rein. C'est le rein mobile des auteurs.

D. La néphroptose au quatrième degré ou rein flottant, c'est le rein que l'on sent à travers la paroi abdominale antérieure par la simple palpation vulgaire.

En résumé, pour M. Glénard, explorer l'abdomen de tout dyspeptique est la première chose que l'on doit faire, après s'être occupé des différents symptômes subjectifs : gastriques, mésogastriques et neurasthéniques que le malade peut ressentir. C'est dans cette exploration, dit M. Glénard, que l'on trouvera, la plupart du temps, l'explication de ces troubles et les signes objectifs qui permettront d'affirmer qu'on a affaire à un malade atteint d'entéroptose. Ces signes objectifs sont au nombre de sept, nous les avons déjà cités en partie, nous les réunissons dans le tableau suivant :

1° Déformation de l'abdomen ;

2° Flaccidité abdominale ;

3° Battement épigastrique ;

4° Corde colique ;

5° Boudin cæcal ;
6° Cordon sigmoïdal ;
7° Clapotage et gargouillement gastrique ;
8° Dépressibilité anormale de l'hypocondre ;
9° Néphroptose ;
10° Entéroptose ou prolapsus de l'intestin ;
11° Signe tiré de l'épreuve de la sangle.

Avant de passer au traitement indiqué par M. Glénard, nous donnerons quelques indications qui nous paraissent indispensables sur le dernier signe objectif que nous venons de citer et sur ce que M. Glénard entend par gargouillement gastrique à l'épigastre.

Cet auteur prétend, dans une conférence qu'il a faite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qu'un estomac flasque et abaissé peut être le siège d'un clapotage identique, comme siège et caractères physiques, à celui d'un estomac dilaté, et que la présence simultanée de gaz et de liquides dans un estomac flasque, qui est la condition essentielle du clapotage, peut être décelée par un procédé plus sensible que celui de la succussion brusque ou du ballottement latéral. Ce procédé serait celui qui permet d'obtenir ce qu'il appelle le gargouillement gastrique à la pression. Pour le réaliser, il faut, à la fin d'une inspiration, comprimer transversalement l'épigastre, un peu à gauche de la ligne médiane ; si l'estomac est flasque et abaissé ou dilaté, et qu'il renferme gaz et liquides, comme la pression aura porté sur la face antérieure de l'estomac, il suffira d'abaisser cette ligne de compression, pendant l'expiration, pour qu'il y ait conflit entre les gaz et les liquides gastriques, c'est-à-dire gargouillement, pendant

leur passage de bas en haut sous les doigts. Voilà ce que M. Glénard entend par gargouillement à l'épigastre; et qu'il considère comme un signe aussi sûr, sinon plus, que le clapotage par la succussion brusque de l'estomac.

Quant au onzième signe ou de l'épreuve de la sangle, M. Glénard le détermine de la façon suivante : «Il y a, dit-il, un rapport réel entre les souffrances de la malade et la splanchnoptose à laquelle nous les attribuons, nous devons par une épreuve très simple, nous assurer si nous sommes dans la bonne voie. Je me place derrière la malade et, passant mes bras sous les aisselles, j'applique mes deux mains à plat sur ses flancs ; je puis ainsi comprimer l'hypogastre et relever l'abdomen par sa partie la plus déclive ; si la splanchnoptose existe réellement, les tiraillements, les délabrements habituels qu'elle provoque, à l'épigastre, disparaissent aussitôt, pour reparaître aussitôt que le ventre tombe, qu'il n'est plus soutenu. Dans cette manœuvre, on peut remplacer l'application directe des mains sur le ventre, par celle d'une bande élastique large de 12 centimètres et longue de 1 mètre, tenue par ses deux extrémités. C'est cette double manœuvre que je désigne sous les noms épreuve et contre-épreuve de la sangle. »

Nous en avons fini avec l'étiologie, la symptomatologie, l'anatomie pathologique et le diagnostic de l'entité morbide que M. Glénard a voulu créer. L'entéroptose, dit cet auteur, est bien une maladie véritable : 1° parce que la notion du prolapsus de l'intestin renferme l'explication des symptômes subjectifs et des symptômes objectifs que sentent les malades atteints de cette affection ; 2° parce

qu'elle rend compte de la marche et de la durée de l'affection ; 3° parce que, enfin, de cette notion d'entéroptose, avec sa pathogénie spéciale, se dégagent des indications thérapeutiques spéciales que ne présente aucune autre maladie et que, seul le traitement basé sur ces indications pourra nous permettre de faire céder son incurabilité.

C'est ce traitement que le médecin de Vichy résume dans les prescriptions suivantes :

1° Relever et maintenir la masse intestinale, augmenter la tension de l'abdomen et pour cela, porter une sangle pelvienne très serrée, placée très bas, retenue par des sous-cuisses, la garder constamment jour et nuit. (On trouvera la description de cette sangle dans une note communiquée à la Société de médecine de Lyon, parue dans le *Lyon médical*, février 1887.)

2° Régulariser les évacuations intestinales et pour cela, exciter les sécrétions du tube digestif et des glandes annexes. Prendre, chaque matin, dans la demi-heure qui précède le premier repas, ou chaque nuit, au réveil de deux heures du matin, s'il est suivi d'insomnie prolongée, un demi-verre de la solution suivante :

Sulfate de soude.	30 gr.
Sulfate de magnésie.	20 gr.
Eau.	1 litre.

« Le laxatif, dit M. Glénard, est le vrai somnifère dyspeptique. »

Le demi verre de la solution qui précède pourra être remplacé par un demi-verre d'eau de Janos, un quart de verre d'eau de Rubinat, etc.

3° Alimenter le malade : Quatre repas par jour :

Un potage au pain ou café au lait (2/3 de café, 1/3 de lait) le matin.

Un repas de viande de bœuf ou de mouton rôtis et d'œuf à la coque avec pain rassis, à 11 heures.

Un goûter à 4 heures, avec pain rassis et confitures ou thé.

A 6 heures 1/2, repas comme celui de 11 heures. Comme boisson, de l'eau alcaline ou de la bière. Pas d'autres aliments, surtout pas de vin rouge, ni de lait (sauf le lait très dilué du petit déjeuner qui est toléré). L'indigestibilité du lait et du vin sont, ajoute M. Glénard, un des caractères fondamentaux de l'entéroptose. La diète lactée, par conséquent, serait une faute.

4° Enfin, pour répondre à la deuxième indication, mais aussi, d'une façon indirecte pour tonifier le malade, M. Glénard propose l'usage des alcalins.

Prendre, dit-il, au milieu de chaque repas, 1 gr. 50 de bicarbonate de soude et si les progrès de l'amélioration sont trop lents, si l'amélioration, pour se maintenir, exige toujours un régime aussi sévère, si la régularité des selles ne peut être que difficilement obtenue avec les laxatifs signalés plus haut, faire une cure à Vichy.

Pour tonifier l'organisme, l'hydrothérapie sera également employée sous forme de douches froides de 20 à 30 secondes chaque jour, pendant trois semaines. On pourra associer à l'hydrothérapie le massage général, le massage du côlon et les amers.

La théorie de l'entéroptose, que nous venons de passer

en revue, repose en entier, comme on a pu s'en rendre compte, sur les données anatomo-pathologiques de chute de l'intestin, de sténose consécutive et de déplacement de tous les viscères, que nous avons reproduites.

De ces données anatomiques, que M. Glénard prétend avoir constatées chez tous ses malades, il tire des déductions très rationnelles qui lui ont permis de nous donner une pathogénie spéciale des accidents dyspeptiques et neurasthéniques, que personne, avant lui, n'avait entrevue. L'entité morbide qu'il nous décrit est, en effet, une entité morbide complète. Elle a tout pour cela, et, comme le fait remarquer M. Glénard lui-même, avec son étiologie, sa pathogénie à part, son anatomie pathologique et ses symptômes propres, l'entéroptose est bien plus digne du nom de maladie que la maladie de Bright, celle de Duchenne ou d'autres affections dont on ne connaît ni la cause première, ni le traitement. Mais ces données anatomo-pathologiques que nous donne M. Glénard, qu'il a vérifiées sur une ou deux autopsies seulement, sont-elles bien sûres, bien certaines ou du moins assez fréquentes pour rendre compte de tous les cas de neurasthénie gastrique, pour répondre à ce complexus symptomatique si fréquent, d'observation journalière, que nous constatons à chaque instant et qui forme le grand nombre de malades que M. Trastour, dans une étude sur les *Entéroptosiques et les Dilatés*, Paris 1889, qualifie d'une expression si pittoresque et qu'il appelle les déséquilibrés du ventre.

Dans le rapport que M. Féréol a fait, à la Société de médecine de Paris, le 5 janvier 1887, sur l'entéroptose et

la neurasthénie, le savant médecin s'exprime ainsi : « Pour faire le diagnostic de la maladie de M. Glénard, il faut constater la coprostase cæcale avec déplacement du cæcum vers l'ombilic et la corde colique transverse. Cette constatation, j'ai bien souvent cherché à la faire depuis six mois que mon attention est attirée de ce côté ; je dois avouer que je n'ai pu encore y arriver. Peut-être n'y a-t-il rien à en conclure que la maladresse de l'observateur ».

Nous sommes obligé d'accepter en entier, sur ce point, l'opinion de M. Féréol, nous y sommes obligé par les nombreux examens négatifs que nous avons pu faire, dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Dujardin-Beaumetz. Chez les malades dyspeptiques et neurasthéniques qui se sont présentés à nous, nous n'avons jamais pu constater ni la corde colique, ni le boudin cæcal, ni le cordon sigmoïdal, que M. Glénard considère comme conséquences nécessaires de l'entéroptose et que, d'après lui, on doit retrouver toujours ou à peu près toujours.

Notre maître, M. Dujardin-Beaumetz, qui a examiné ces mêmes malades, n'a pas non plus constaté ces différents signes objectifs qu'il n'a, dit-il, du reste jamais constatés dans les nombreux examens antérieurs qu'il a faits, soit dans sa clientèle, soit à l'hôpital. Voici ce que dit cet auteur (*Cliniques thérapeutiques. Conférence faite à l'hôpital Cochin*) : « Je suis loin d'avoir constaté chez tous les dilatés ces troubles mécaniques et physiques et, même chez un certain nombre, j'ai observé au contraire une dilatation du côlon descendant et je crois qu'il existe un certain nombre de malades qui présentent les troubles

nerveux de la neurasthénie gastrique et chez lesquels, ces troubles dépendent, non pas d'une dilatation de l'estomac, mais d'une dilatation du côlon et cela dans toutes les parties dilatées du gros intestin, que l'on guérit, non pas par le lavage de l'estomac, mais par le lavage antiseptique du gros intestin ». Nous pouvons donc, je crois, affirmer que si, dans certains cas, il est possible de trouver des malades atteints d'entéroptose, présentant les signes cités plus haut et donnés par M. Glénard comme pathognomoniques de cette affection, ces cas sont assurément très rares et ne peuvent pas être considérés comme représentant la majorité des faits.

Pour appuyer cette manière de voir, nous avons cité l'opinion de M. Féréol et celle de M. Dujardin-Beaumetz; l'autorité de ces deux grands observateurs nous permettrait sans doute de ne pas accuser notre maladresse et de croire que, comme eux, nous avons dû bien observer, mais nous trouvons dans la thèse très intéressante de M. le Dr Fromont, thèse qui a été faite sous la direction de M. le professeur Debierre, de la Faculté de Lille, des arguments d'autant plus précis, à l'appui de notre opinion, qu'ils sont tirés des nombreuses observations que M. Fromont lui-même a faites, non plus sur le vivant mais sur le cadavre. Sur le vivant, tout examen est rendu plus difficile par mille causes que tout le monde connaît et qui rendent si délicate toute recherche au moyen de la palpation abdominale; sur le cadavre, il n'en est plus de même et les conclusions suivantes de M. Fromont, que nous allons rapporter en entier, sont pour nous des arguments irréfutables. Voici ce que dit, en effet, M. Fromont :

« M. Glénard, dans un travail sur la dyspepsie nerveuse, paru en 1885 et auquel nous avons emprunté quelques termes, a établi, pour expliquer les symptômes de cette dyspepsie, deux ordres de lésions : 1° la chute de l'intestin ou entéroptose ; 2° le retrécissement de l'intestin ou entérosténose. Dans la dernière partie de son travail l'auteur montre qu'en des points déterminés du tube digestif, il y a des baldaquins qui soutiennent la masse de l'intestin grêle et du gros intestin : ces ligaments sont le duodéno-jéjunal, le colique sous-costal droit, colique sous-costal gauche, colo-sigmoïdal et pylori-colique. Il résulte de cette disposition en zig-zag des anses digestives, qu'il y a forcément six points du tube digestif, intermédiaires à ces divers segments, au niveau desquels l'axe forme un coude qui peut risquer, à un moment donné, de se plier à angle très aigu et cette déformation angulaire exagérée pourrait alors causer un obstacle à la progression des ingesta et secreta : il en résulte évidemment que la partie déclive de chaque anse peut former un bas-fond, un cul-de-sac où s'accumuleront les contenta. Ces lésions sont la conséquence les unes des autres, et l'on tourne dans un cercle vicieux, l'entéroptose amenant l'entérosténose et réciproquement.

« Trouve-t-on, dit encore M. Fromont, sur le cadavre des lésions ayant rapport avec l'entéroptose et l'entérosténose de M. Glénard ? Oui, mais celui-ci a exagéré les conséquences à tirer de ces deux ordres de lésions.

« Avant de reprendre un à un l'examen des organes tel que l'a pratiqué M. Glénard, nous devons dire que pas une fois, nous n'avons pu constater sur le vivant ou

sur le cadavre, avant l'autopsie, rien qui ressemblât à la corde colique transverse. Pour juger de la perméabilité de l'orifice duodéno-jéjunal, nous l'avons insufflé chez un certain nombre de sujets dont tout l'intestin grêle était dans le petit bassin ; or, dans ces conditions, l'air insufflé a toujours passé dans le jéjunum malgré une pression très faible ; d'un autre côté, chez ces sujets à intestin grêle très prolabé, jamais nous n'avons vu sur le duodénum une dilatation indiquant qu'il y ait eu obstacle au passage des ingesta. Les ligaments décrits par Glénard ne semblent pas, à beaucoup près d'ailleurs, jouer quand ils existent le rôle à eux assigné. Il n'est pas très rare, en effet, de trouver de la sténose intestinale en un point auquel le médecin de Vichy accorde pourtant la plus grande perméabilité à cause de la faiblesse de son ligament, je veux parler de l'angle colique droit. Or, nous l'avons vu déjà, dans la partie anatomique de ce travail, bien souvent nous avons trouvé un rétrécissemet très marqué de l'angle colique sous-costal droit, alors même qu'il n'y avait pas de ligament suspenseur.

« Pour la corde colique transverse, le même raisonnement suffit : le ligament pylori-colique de Glénard est un ligament théorique ; ne répondant à rien de différencié sur le cadavre, l'action qu'on lui prête sera nulle. Sur quarante autopsies, je n'ai pas trouvé une seule fois la sténose transverse telle qu'elle est figurée et décrite par Glénard. Le ligament pylori-colique, en effet, s'insérant à peu près sur le milieu du transverse, et le ligament colique sous-costal gauche seul étant solide, la corde transverse doit toujours se produire et est toujours figu-

rée à gauche de la ligne médiane. Or, la seule fois où nous avons constaté cette corde, elle s'étendait de l'angle colique droit à l'angle colique gauche et avait le volume d'une plume d'oie. Pour la corde sigmoïdale, on peut faire la même remarque, le rétrécissement tient non à un ligament, mais à une cause que j'examinerai plus loin.

« M. Glénard affirme que tout rétrécissement est précédé d'une dilatation du segment situé en amont, dilatation que je n'ai pu constater. Il y a, au contraire, dans la plupart des cas, un rétrécissement qui porte également sur toute la portion du côlon situé en dessous et surtout sensible pour les côlons ascendant et descendant. Sans attribuer, comme tous les auteurs, cette diminution de calibre à une contraction des fibres de l'intestin, au moment de la mort, je crois fausse l'explication de Glénard sur la sténose intestinale.

« Dans toutes les autopsies, pour ainsi dire, l'on rencontre un rétrécissement très marqué des côlons ascendant et descendant ; c'est, au contraire, une exception de voir le transverse rétréci : cette exception n'est pas explicable avec la théorie des ligaments de M. Glénard, elle le devient très facilement si l'on admet celle que nous allons essayer. Si l'on insuffle les côlons ascendant et descendant en place, l'air insufflé se comporte de deux façons différentes : 1° il dilate successivement les côlons ascendant, transverse, descendant ; 2° il ne fait que passer dans le côlon ascendant et s'accumule dans le côlon transverse.

« Le premier cas se montre avec les côlons ascendant et descendant normaux ; le second avec les côlons rétré-

cis. On voit que l'insufflation, modérée évidemment, ne change rien à ce rétrécissement. D'un autre côté, si l'on examine les côlons subissant ainsi l'insufflation d'une façon différente, on voit que les premiers ont un méso-côlon de deux et de trois centimètres, tandis que celui des seconds est nul ou inférieur à un demi-centimètre.

« Dès lors, étant admis que les ligaments des baldaquins intestinaux ne sont pas suffisants pour amener par eux-mêmes la sténose, il faut bien mettre sur le compte des mésos, la dilatation plus ou moins forte des côlons. Pour nous, c'est à la longueur plus ou moins grande de ces mésos que le gros intestin doit son calibre : avec un méso de longueur moyenne, le côlon peut arriver à une dilatation moyenne ; avec un méso très long on obtient des dilatations aussi fortes que celle du côlon transverse ; avec un méso très court ou nul, l'intestin bridé sur toute sa longueur, accolé contre la paroi abdominale, rencontre une résistance suffisante pour ne pouvoir se développer facilement sous l'influence des matières et des gaz. Si la sténose était due à l'action des ligaments elle se ferait en certains points seulement ; or, nous avons vu que ces sténoses portent sur tout un côlon ascendant ou descendant. A un méso quelquefois nul comme celui du côlon descendant, correspond un calibre qui dépasse rarement celui du pouce ; un méso ascendant atteignant quelquefois trois à quatre centimètres, on a un côlon généralement et régulièrement rétréci. Un dernier fait vient à l'appui de cette théorie qui suffirait à ruiner celle de Glénard, si d'autres faits venaient la corroborer. L'S iliaque n'est rétréci, dans toute son étendue, que dans un

seul cas ; c'est quand il descend dans le petit bassin, en suivant les parois de l'excavation : le méso-iliaque est alors absolument nul et l'S rétréci en totalité.

« En résumé, dit en terminant M. Fromont, les symptômes décrits par Glénard sont vrais, le traitement qu'il a institué contre eux, donne de bons résultats, mais les considérations sur lesquelles il s'appuie pour arriver à établir son entité morbide entéroptose ou entérosténose, sont purement théoriques et ne répondent à aucun des faits constatés par nous sur le cadavre. »

Nous ne pouvons dire, si la théorie que M. Fromont veut substituer à la théorie de M. Glénard, est la vraie pour expliquer les rétrécissements et les dilatations que l'on peut observer d'une façon anormale chez certains sujets et, nous ne voulons retenir du long exposé qui précède que les déclarations, faites par cet observateur, sur l'absence, dans toutes ses autopsies, de la corde transverse du côlon, du cordon sigmoïdal et du boudin cæcal ainsi que la non existence du ligament pylori-colique, auquel M. Glénard fait jouer un si grand rôle. Ce dernier auteur dit, en effet : « Le ligament qui réunit le transverse à la région pylorique de l'estomac est constant dans toutes les autopsies, au point de vue de ses attaches et de ses dimensions. Au contraire, M. Fromont nous dit : « Je crois l'existence d'un ligament pylori-colique difficile à admettre et faite surtout pour les besoins de la thèse soutenue par l'auteur dans la partie anatomo-pathologique de son travail ». De l'opinion de M. Fromont, nous rapprocherons celle de M. le Dr Trastour, professeur de clinique médicale à Nantes, que nous

trouvons dans son travail : Les *Déséquilibrés du ventre; Entéroptosiques et dilatés*, 1889. Cet auteur prétend, contrairement à M. Fromont, que chez quelques malades choisis, des femmes presque toujours, il a pu constater ces divers symptômes : boudin cæcal, corde colique transverse, etc... « Mais, ajoute-t-il, la dilatation colique, juste l'inverse du rétrécissement, se voit aussi avec l'entéroptose. »

L'opinion de M. Fromont vient donc en tous points confirmer ce que nous avons déjà dit sur l'absence des signes cités plus haut, à la suite de la palpation abdominale chez le vivant. Nous pouvons, dès lors, répéter que notre observation est exacte et que certainement de certains cas très rares, M. Glénard a conclu à la majorité des cas. Nous avons dit que sa théorie était complète, mais qu'elle reposait tout entière sur des données anatomo-pathologiques peut-être discutables et que nos observations personnelles n'étaient pas venues confirmer ; avant nous, M. Féréol et M. Dujardin-Beaumetz s'étaient prononcés dans le même sens, nous dirons, maintenant que nous avons l'opinion de M. Fromont, que la théorie de M. Glénard ne peut se soutenir et que, basée sur une interprétation fausse des faits observés, elle ne peut être celle que l'on doive admettre pour expliquer les troubles dyspeptiques et nerveux dont nous nous sommes occupé. Comme M. Fromont, nous dirons que les symptômes subjectifs que cet auteur a observés, sont exacts et existent, que la ptose intestinale, comme la ptose des autres organes, foie, rein, peut exister et amener un trouble d'équilibre intra-abdominal qui crée, à

son tour, un trouble dans les fonctions des autres organes, de sorte que, comme le dit M. le Dr Trastour. (*Des déséquilibrés du ventre, loc. cit.*), il ne faut pas s'étonner que les déséquilibrés du ventre deviennent aussi bien vite des déséquilibrés dans les fonctions du cœur, du poumon, du cerveau. Sans doute, les préceptes que M. Glénard donne pour l'exploration méthodique de l'abdomen sont excellents ; l'épreuve de la sangle est concluante pour l'entéroptose ; la palpation néphroleptique avec ses trois temps (affût, capture, échappement), doit aussi être retenue et mise en pratique. Il a de même heureusement appliqué à la palpation du foie son procédé du pouce (Thèse de A. Francou, Lyon, 1888, *Hépatites chroniques*), mais, nous le répétons, les faits d'anatomie normale et d'anatomie pathologique sur lesquels il a fondé son entité morbide, ne sont pas suffisamment exacts, d'où nous concluons que la théorie de l'entéroptose, telle qu'elle a été conçue par M. F. Glénard, ne peut être acceptée et que la pathogénie que cet auteur a donnée des accidents dyspeptiques qui, d'après lui, accompagnent et suivent les changements statiques intra-abdominaux, est inexacte.

Nous acceptons donc, comme répondant à un certain nombre de cas, l'entéroptose, c'est-à-dire l'abaissement, la chute, le prolapsus de la masse intestinale et nous reconnaissons que M. Glénard a le premier attiré l'attention sur ce fait des plus intéressants, nous mettrons même en pratique les conséquences thérapeutiques qui découlent de cette donnée, en approuvant, dans le traitement de l'affection qui nous occupe, le port de la ceinture

qu'il a préconisée, mais, pour nous l'entéroptose n'est pas la cause et des accidents dyspeptiques et des troubles nerveux gastriques qui peuvent exister et existent la plupart du temps sans cela.

Le cycle que nous avons déjà donné plus haut, par lequel passerait tout neurasthénique gastrique, d'après la théorie du médecin de Vichy : chute du coude droit du côlon, prolapsus de l'estomac, abaissement de l'intestin grêle, d'où sténose du gros intestin, nous paraît devoir être en partie renversé ; la dyspepsie doit plutôt être, nous le croyons du moins, un fait primitif que secondaire et les troubles de l'estomac doivent être mis en tête du complexus symptomatique qui constitue la neurasthénie gastrique.

THÉORIE HUMORALE
DE M. LE PROFESSEUR BOUCHARD

En nous basant sur les recherches et constatations anatomiques faites sur le cadavre par M. Fromont, ainsi que sur nos propres observations dont nous donnerons plus loin les résultats détaillés, observations qui se trouvent confirmées, comme nous l'avons dit, par les opinions déjà citées de MM. les Drs Féréol et Dujardin-Beaumetz, nous avons en partie prouvé, nous le croyons du moins, que la théorie mécanique de M. Glénard n'est pas la bonne.

Nous trouvons, dans l'exposé fait par cet auteur lui-même, sur la façon dont il comprend l'étiologie et la marche des accidents chez les dyspeptiques nerveux, des arguments qui, à notre avis, sont contre sa manière de voir. D'abord, en n'admettant dans l'étiologie qu'il nous soumet, que les accouchements et les traumatismes, comme causes des troubles neurasthéniques, l'auteur nous semble bien limiter le champ d'observation si vaste de la dyspepsie et il semble nous dire que seules les femmes qui ont eu des enfants et les rares hommes qui ont reçu dans la région abdominale un traumatisme, peuvent être atteints de cette affection si commune. Or les dyspeptiques neurasthéniques sont aussi nombreux chez les jeunes filles et chez les nullipares que chez les

unipares ou les multipares, chez les hommes que chez les femmes ; aussi nombreux sinon plus nombreux chez les personnes à vie sédentaire et peu active, par conséquent peu exposées à recevoir des traumatismes, que chez les individus à vie agitée et pénible. Cette étiologie est donc bien insuffisante et bien incomplète.

Quant à la marche des symptômes, M. Glénard reconnaît que les troubles gastriques, dont l'ensemble forme la période gastrique, précèdent la période mésogastrique et la période neurasthénique ; et, cependant, puisque, pour cet auteur, la dislocation du côlon commence et que les troubles statiques abdominaux sont les premiers phénomènes pathologiques qui ont lieu, on ne s'explique pas trop pourquoi le malade serait d'abord un dyspeptique, la théorie de l'entéroptose étant admise dans son entier.

Il est vrai que nous trouvons dans une conférence sur l'entéroptose (*hôpital de Mustapha-Alger, loc. cit.*), l'aveu suivant fait par l'auteur lui-même : « Une fois admise, dit-il, l'entité de l'entéroptose, qui conduit si bien au traitement, lequel, à son tour, donne la preuve en guérissant des malades incurables avec toute autre interprétation, il reste à expliquer un certain nombre de cas, environ 20 pour 100, dans lesquels la pathogénie ne se rapproche de la précédente au point de lui devenir identique qu'à partir d'une certaine phase et dont l'étiologie, la plus minutieusement relevée, ne permet de constater aucun traumatisme. Ces cas, c'est plutôt chez l'homme qu'on les observe.

Mais on remarque, dans des cas pareils, que, avant de

devenir mésogastrique et neurasthénique, le syndrome a été pendant longtemps celui de la dyspepsie ; que cette dyspepsie a été causée et entretenue soit par une alimentation défectueuse, soit par une hygiène fâcheuse, en particulier une vie trop sédentaire, soit par quelque intoxication chronique, l'éthylisme par exemple ; on remarque en outre, que fréquemment, il y a un ictère de deux à trois semaines, dans les antécédents, ou les symptômes d'une congestion, d'un engorgement du foie, ou enfin que la dyspepsie s'est déclarée à la suite d'une fièvre typhoïde, d'une inflammation péri-intestinale du flanc droit ou de l'hypocondre (pérityphlite, cholécystite, etc.). On peut, on doit donc admettre que le cycle morbide a commencé par l'atonie gastrique ; que cette atonie gastrique a eu pour point de départ la débilitation de l'organisme, la perturbation hépatique, le surmenage de l'estomac, les conditions fâcheuses de sa contraction sous l'influence des adhérences d'origine inflammatoire, qui ont soudé entre elles des anses intestinales ou des portions d'une même anse, ainsi que cela se voit si fréquemment dans les dissections de la première anse transverse. »

Plus loin, M. Glénard ajoute : « Il s'agit ici d'une entéroptose secondaire ; on conçoit que, à côté des caractères fondamentaux, il y ait des nuances marquées entre les différentes variétés d'entéroptose : primitive et puerpérale, traumatique ; secondaire et post-inflammatoire, post-dyspeptique ; on conçoit encore que l'entéroptose puisse coïncider, soit par le fait de son étiologie, soit par l'addition de processus concomitants, avec des lésions impossibles à guérir. On trouvera, le plus souvent même,

dans une de ces lésions, dont l'existence sera facile à soupçonner, sinon toujours à prouver, la cause des échecs qui parfois peuvent survenir et qui, si l'on n'était prévenu, seraient une objection à la doctrine de l'entéroptose. »

M. Glénard admet donc des cas, dans lesquels l'entéroptose, bien que constatée, ne joue pas le rôle de cause des accidents dyspeptiques concomitants. Il reconnaît que chez certains malades, l'estomac commence par être pris et que les troubles dyspeptiques sont incontestablement le véritable point de départ des accidents hépatiques, intestinaux qui surviennent ensuite. Ces cas d'ictère que l'on retrouve, en consultant les antécédents de certains entéroptosiques, M. Glénard ne peut les expliquer par sa théorie, puisque les accidents hépatiques apparaissent avant que la statique abdominale soit sérieusement troublée, le foie seul congestionné et gros pouvant dépasser les fausses côtes. Pour ces malades, l'auteur le reconnaît lui-même, la ceinture pelvienne ne donne aucun résultat au début et la théorie seule de M. le professeur Bouchard, que nous allons maintenant exposer, nous permettra de comprendre pourquoi cette partie du traitement de M. Glénard qui est, il faut le dire, la seule et unique déduction thérapeutique qui découle réellement de sa théorie de l'entéroptose, est inefficace et pourquoi cette ceinture pelvienne ne réussit à soulager le malade que lorsque de dyspeptique qu'il était au début, il est devenu consécutivement entéroptosique, au moins quant à son foie et à son rein.

Ces cas inexplicables pour M. Glénard et dont il nous

donne le nombre approximatif : 20 pour cent, sont pour nous bien plus nombreux et représentent la règle, tandis que, pour cet auteur, ils ne seraient que l'exception. Nous avouons, comme lui, qu'il nous serait difficile de les concilier avec la théorie de l'entéroptose, mais, grâce à la théorie de M. Bouchard, nous les comprenons, au contraire, aussi bien dans leur étiologie, que dans l'ordre d'apparition des troubles qui les constituent.

Nous comprenons pourquoi la dyspepsie commence, et nous serions même surpris qu'il en fût autrement ; pourquoi les troubles dyspeptiques sont bientôt suivis de troubles du côté du foie, du rein, de l'intestin et pourquoi ces organes, gênés dans leur place habituelle, réagissent en donnant lieu à un ensemble de symptômes les plus variés.

En 1884, M. le professeur Bouchard communiquait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 13 juin, une étude sur l'analyse de 220 cas de dilatation de l'estomac qu'il avait pu personnellement observer. Avant lui, cette affection n'était pas connue, on la considérait tout au moins comme une curiosité anatomique, une chose rare, et le grand mérite de cet auteur fut de montrer la fréquence de cette maladie. A cette époque, il n'en citait que 220 cas, un an après, dans ses remarquables leçons sur les Auto-intoxications, il en apportait 400 autres, dont 274 avaient été observés par lui hors de l'hôpital et les autres dans son service.

Depuis, tout le monde a pu constater le nombre considérable de dilatés qui accusent des troubles dyspeptiques et, aujourd'hui, on peut le dire, cette maladie, reconnue

partout, a pris rang parmi les affections sinon les mieux définies, du moins parmi celles qui, encore en voie d'études, s'imposent comme entités morbides et réclament une place à part dans la pathologie.

Ce n'est donc pas l'existence ou la fréquence de la dilatation de l'estomac que nous nous proposons de discuter, ce sont les troubles consécutifs à cette dilatation, troubles déjà signalés par M. le professeur Bouchard, dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux, en juin 1884, mais dont il a cherché à découvrir la pathogénie et les relations avec la dilatation elle-même, dans ses leçons sur les auto-intoxications. C'est surtout dans ce dernier ouvrage, que nous puiserons les documents nécessaires pour donner une idée assez claire, nous l'espérons, de la théorie de ce savant maître, que nous adoptons complètement, contre la théorie, développée plus haut, de l'entéroptose de M. Glénard.

Les auto-intoxications, inconnues avant M. Bouchard mais dont il a donné une démonstration rigoureuse, expliquent bien des faits pathologiques, jusque-là ignorés dans leur pathogénie. Cet auteur nous a montré que certains symptômes, observés chez les dilatés, avaient une analogie remarquable avec certains empoisonnements déjà connus et qu'ils n'en différaient que par le mode d'absorption : dans le premier cas, l'empoisonnement se faisant sur place, l'individu créant lui-même son poison ; dans le second cas, l'individu allant chercher hors de lui la substance toxique. Comme exemple, nous donnerons, après M. le professeur Bouchard, le fait de Senator qui vit, chez un de ses amis, un cas d'intoxication résultant

de l'acide sulfhydrique produit dansles entrailles mêmes du malade. Il y avait eu des vomissements et des éructations exhalant, ainsi que les gaz émis par l'anus, l'odeur d'œufs pourris. Les accidents consistaient en lipothymies, anxiété, obnubilation. Or le poison put être décelé aux émonctoires, les gaz émis noircissaient le papier imprégné d'acétate de plomb ; les garde-robes, les urines aussi contenaient de l'acide sulfhydrique. On connaît également les nombreux faits d'intoxication, à la suite d'occlusion intestinale; Lépine et Daniel-Mollière, les premiers, en citèrent un exemple de ce genre, dans lequel les accidents qui suivirent simulèrent l'intoxication par l'atropine : rougeur scarlatiniforme, mydriase, accélération du pouls. M. Chantemesse a observé le même fait et, après Senator, il a pu vérifier la grande utilité du lavage de l'estomac, chez un malade atteint d'occlusion intestinale de cause ignorée. Les vomissements fécaloïdes attestaient l'accumulation de matières toxiques dans l'estomac et pouvaient expliquer les accidents généraux qui accompagnent l'étranglement interne : pouls petit, paralysie des vaisseaux cutanés amenant l'algidité, etc. Quatre litres d'un liquide horriblement fétide furent évacués par la sonde gastrique et on vit disparaître les accidents du péritonisme qui ressemblent si bien à ceux des intoxications. Une nouvelle accumulation de matières fécaloïdes fut suivie du retour des symptômes graves, que fit disparaître de nouveau l'évacuation du contenu stomacal, et l'individu guérit. « Il guérit, dit M. Bouchard, non par le lavage, mais grâce au lavage qui lui accorda un répit, en arrêtant son

auto-intoxication et lui donna, je le suppose, le temps de lever, lui-même, son étranglement. »

On ne peut nier que, dans le même ordre d'idées, la stagnation des matières intestinales cause la fièvre, les accoucheurs savent bien que certains incidents fébriles qui surviennent à la suite des couches, peuvent disparaître après une évacuation alvine spontanée ou provoquée par un léger purgatif. De tout temps, dans la pratique chirurgicale, on a préparé les opérés en leur administrant successivement un purgatif à deux ou trois reprises, et, si comme le fait remarquer M. Bouchard, cette thérapeutique préventive n'est pas poussée si loin aujourd'hui, les chirurgiens reconnaissent parfaitement avec M. Verneuil que, l'opération faite, on doit toujours surveiller les fonctions intestinales parce qu'il y a avantage à provoquer les garde-robes.

« Mais il est des cas (Bouchard, *Auto-intoxications*, p. 165), où une infection s'opère non plus d'une façon aiguë, transitoire, mais pendant plusieurs mois et plusieurs années ; elle est le résultat des putréfactions habituelles dont le tube digestif est le siège, dans beaucoup de maladies chroniques qui l'affectent, et qui s'opposent à la bonne digestion comme à la bonne élaboration de la matière. Cela se voit dans le cancer de l'estomac, dans certaines dyspepsies chroniques, dans la dilatation de l'estomac. Alors, outre les inconvénients qui, au point de vue de la nutrition, découlent d'une digestion imparfaite et d'une insuffisante alimentation, on voit survenir des symptômes et des altérations qui attestent la détérioration chronique de l'organisme par une intoxication. »

La dilatation de l'estomac, au début, ne provoque guère de troubles, les malaises n'arrivent que tardivement mais, bien que les personnes atteintes de cette affection ne s'en plaignent que plus tard, « elles sont cependant, comme le dit M. Bouchard, mal portantes longtemps avant de devenir des malades ».

A cette première période, qui n'est pas encore la période de souffrances, on peut parfaitement constater la dilatation d'estomac. M. Bouchard indique, comme le meilleur signe de la dilatation de cet organe, le bruit de clapotage. Il faut, pour qu'il ait sa valeur séméiotique complète, qu'il n'y ait pas eu récemment ingestion d'une quantité d'aliments trop considérable, capable de produire mécaniquement une distension passagère ; il faut que le clapotage soit perçu chez la personne à jeun. On pourra faire prendre au malade, avant de l'examiner, un tiers de verre d'eau, et, dans ces conditions, on entendra le clapotage dans une région bien plus étendue qu'à l'état normal. Si, sans faire boire le malade, le matin à jeun, après un repas de la veille au soir, pas trop copieux, on perçoit du clapotage, quelle que soit l'étendue dans laquelle on le perçoit, on peut affirmer que la dilatation existe, parce que jamais, chez l'homme sain, d'après M. Bouchard, ce phénomène n'est perceptible quinze heures après le repas et que tout estomac qui ne se rétracte pas quand il est vide est un estomac dilaté. Nous croyons, avec notre maître, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, que pour que la dilatation existe réellement, il faut encore que le clapotage soit perçu au-dessous du milieu d'une ligne tirée de l'ombilic sur le point le plus proche du bord costal gauche. M. Bouchard ne croit

guère à la nécessité de cette dernière constatation qu'il accepte plutôt, dit-il, par courtoisie que parce qu'il en reconnaît l'importance.

Quant à dire, comme on l'a fait, qu'il est facile de confondre le clapotage stomacal avec le clapotage intestinal, nous croyons, bien que nous admettions la fréquence de la dilatation de cet organe, en même temps que la dilatation stomacale, que, dans l'espèce, cet argument ne peut se soutenir, pour une bonne raison facile à constater, c'est que si l'arrivée de l'eau dans l'estomac est immédiatement suivie du bruit de clapotage, au moment où se fait l'examen, l'eau n'a pas encore eu le temps d'arriver dans le côlon.

Maintenant que nous savons diagnostiquer une dilatation de l'estomac, passons aux symptômes qu'elle engendre et voyons si la théorie de M. Bouchard est préférable à celle de M. Glénard lorsqu'il s'agit d'expliquer ces symptômes.

M. Bouchard nous dit : « La dyspepsie s'accompagne de dilatation de l'estomac dans les 7/8 des cas. Chez les dilatés, l'appétit est conservé, il peut même être augmenté. La plupart des dilatés mangent copieusement, mais au bout de deux, trois, quatre heures, l'estomac se ballonne, des éructations se produisent, inodores d'abord, puis aigres, quelquefois fétides ; une sensation de pesanteur ou de brûlure à l'épigastre, du pyrosis, des régurgitations dont l'odeur âcre démontre la réalité des fermentations anormales qui s'opèrent dans l'estomac, car l'acide chlorhydrique n'a pas d'odeur aigre, celle-ci est due à l'acide acétique.

Les matières fécales sont généralement pâteuses,

puantes, acides ; quoique molles, elles sont expulsées lentement et avec peine. Leur acidité est due, on peut s'en assurer, à la prédominance de l'acide acétique.

La conséquence de ce développement d'acide dans toute la longueur du tube digestif est un état inflammatoire. On observe le catarrhe de l'estomac, la gastrite ulcéreuse, à laquelle les malades peuvent succomber, après vingt-cinq ans de mauvais estomac ; ce sont les faux cancers, comme on l'a dit, ou gastrites malignes sans tumeurs.

Le gros intestin s'enflamme, autour des matières fécales se voient des sécrétions glaireuses, du sang quelquefois (entérite membraneuse).

Outre les phénomènes de dyspepsie gastro-intestinale existe la congestion hépatique. On trouve, chez les gens à estomac dilaté, un foie tuméfié, le plus souvent indolent ; quelquefois existe un endolorissement de l'hypocondre droit, quelquefois de l'ictère, sans décoloration des garde-robes.

Cette congestion du foie est passagère et se modifie très rapidement, elle peut paraître et disparaître en deux ou trois jours ; aussi passe-t-elle souvent inaperçue. Sur les 274 cas observés par M. Bouchard, à l'hôpital, elle a été constatée 13 fois sur 100, c'est-à-dire dans le 1/8 des cas.

La connaissance de cette tendance à la congestion hépatique n'est pas sans intérêt, au point de vue de l'ictère récidivant des enfants.

Elle explique peut-être aussi l'ectopie du rein droit, qui coïncide presque toujours avec une dilatation de

l'estomac ; il serait difficile de croire à une coïncidence fortuite. En 1875, Bartels l'avait constatée, mais pour cet observateur, la chute du rein serait primitive : cet organe tomberait sur la portion horizontale du duodénum, s'opposerait mécaniquement à la sortie des aliments hors de l'estomac, qui se dilate. Mais, si le rein se déplace primitivement, objecte M. Bouchard, pourquoi est-ce toujours le rein droit ? Au contraire, le rein droit se luxe parce que c'est le foie qui le chasse de sa loge. On ne trouve pas l'ectopie du rein chez tous les gens dont l'estomac est dilaté, mais principalement chez ceux dont le thorax est le siège d'une constriction habituelle à sa base, chez la femme et chez les militaires.

On observe, sur l'ensemble des dilatations de l'estomac, la luxation du rein 14 fois sur 100. Si l'on tient compte du sexe, la fréquence de la dilatation est de 28 0/0 chez la femme, de 3 0/0 seulement chez l'homme. Or, si chez la femme plus du quart des dilatations sont aussi attribuables à la luxation du rein, la dilatation devrait être chez l'homme sensiblement moins fréquente que chez la femme. Pourtant l'expérience démontre que la dilatation de l'estomac est au moins aussi fréquente chez l'homme que chez la femme. »

Quant aux accidents lointains qui forment l'ensemble des accidents nerveux que l'absorption des produits de fermentations anormales fait naître chez les dyspeptiques, nous les trouvons résumés ainsi dans le livre de M. Bouchard :

« Les malades ont de l'accablement au réveil, au bout d'une demi-heure, ils ont souvent reconquis leur alacrité.

Ils accusent un cercle douloureux autour de la tête, des céphalées, de la tristesse, un caractère plus difficile, la sensibilité du froid, l'insomnie, les vertiges qui appartiennent à l'histoire de toutes les maladies de l'estomac, l'obscurcissement de la vue, l'hémiopie, la diplopie, la faiblesse du muscle droit interne et de l'œil, les hallucinations de la vue silencieuses et solennelles, l'engourdissement partiel et passager des membres, d'un bras, d'une jambe ; la contracture des extrémités des mains, signalée par Küssmaul, Dujardin-Beaumetz, Hanot, Hayem et dont j'ai observé récemment un exemple. »

Dans cette thèse, nous n'avons en vue que les accidents nerveux chez les dyspeptiques, aussi nous ne ferons qu'indiquer les autres nombreux accidents, auxquels donne lieu la dilatation de l'estomac. Dans l'ouvrage de M. Bouchard, sur les auto-intoxications, on verra comment, à la suite de l'intoxication par suite d'un mauvais fonctionnement de l'estomac, des troubles naissent tout aussi bien du côté des muqueuses, de la peau et du rein que du côté du tube digestif et du système nerveux.

C'est même grâce à la théorie de ce savant maître que nous pouvons nous rendre compte d'une foule d'accidents inexpliqués jusqu'alors, dont on constatait bien souvent la présence, mais sur la nature desquels on ne s'était jamais compris. L'acné des tempes, de la région mentonnière, l'acné rosée avec ces rougeurs écarlates du nez, des joues, qui se montrent environ deux heures après le repas et qu'on a toujours avec raison considérées comme l'indice d'un mauvais estomac, sont certainement

des manifestations cutanées d'origine toxique. Il en est de même des accidents que l'on peut observer du côté des reins ou du côté de la muqueuse, la muqueuse respiratoire, par exemple.

Donc, pour M. Bouchard, la dyspepsie commence et sa première et unique cause, dans la majorité des cas, c'est la dilatation de l'estomac, puisque, dit cet auteur, sur 8 cas de dyspepsie, on trouve 7 fois une distension exagérée de l'estomac avec impossibilité de retrait. Les causes de cette dilatation sont très nombreuses, nous ne ferons que les énumérer : le plus grand nombre résulte d'une mauvaise hygiène alimentaire, repas trop copieux, trop fréquents, distension trop considérable, trop prolongée et trop souvent répétée de l'estomac. Usage trop considérable de boissons, de liquides de toute sorte, irrégularité des repas, trop grande rapidité dans les ingestions, d'où l'habitude de mal diviser, de mal mastiquer les aliments et de forcer ainsi l'estomac à un surcroît de travail qu'il finit par refuser. A cette dernière cause, il faut rattacher la mauvaise dentition.

Dans l'étiologie de la dilatation de l'estomac, il faut également faire intervenir des causes pathologiques telles que : dyspepsie antécédente, ayant entraîné un séjour habituellement trop prolongé des aliments dans l'estomac, catarrhe chronique de la muqueuse pervertissant les sécrétions physiologiques, sténoses pyloriques cancéreuses ou cicatricielles. Enfin, on peut faire intervenir également les maladies graves antérieures qui peuvent créer du côté de la muqueuse et surtout du côté de la tunique musculaire de l'estomac, des lésions de

dégénérescence semblables à celles que font naître, dans les autres organes, les fièvres graves, la fièvre typhoïde, par exemple et les intoxications habituelles. l'alcoolisme, pour n'en citer qu'une. Ces maladies pourront donner naissance à la dilatation ou tout au moins la favoriser. L'hérédité et l'alimentation mal dirigée des premières périodes de la vie, sont deux facteurs qu'il ne faut pas non plus négliger, comme le fait remarquer notre maître, M. Dujardin-Beaumetz, dans sa leçon, à l'hôpital Cochin, sur la neurasthénie gastrique (*Nouvelles médications*).

La dilatation de l'estomac admise, nous avons vu comment M. Bouchard en a déduit une foule de conséquences très rationnelles et très justes et comment il a démontré, d'une façon si claire, le rôle pathogénique considérable que l'on pouvait faire jouer à cette dilatation. Dans cette pathogénie, le rôle du foie est considérable, mais ce qu'avance M. Bouchard sur la rétention des poisons par la glande hépatique est une vérité physiologique incontestable que l'on ne peut attaquer. Les expériences de Schiff sont là pour la défendre.

Ce rôle protecteur du foie sur l'organisme, dont il retient les poisons, nous explique bien pourquoi, lorsque la dilatation de l'estomac amène une production trop considérable de ptomaïnes, il en résulte une congestion hépatique secondaire, congestion qui, en augmentant le volume du foie, abaisse le rein droit et, si l'on admet que ces congestions se renouvellent fréquemment, on comprend que cet abaissement passager se transforme bientôt en une ectopie rénale persistante.

Quant à l'existence de ces poisons créés de toute pièce,

dans l'estomac dilaté, les travaux de M. le professeur Gautier sur les ptomaïnes et les leucomaïnes viennent complètement confirmer les idées de l'éminent professeur de pathologie générale.

Ainsi donc, en résumé, dit M. Dujardin-Beaumetz (*Nouvelles médications, loc. cit.*) : « état dyscrasique du sang produit par la présence des ptomaïnes créées dans l'estomac dilaté, action directe de ces ptomaïnes sur tous les départements de l'organisme et en particulier sur l'axe cérébro-spinal, le foie, le rein, tel serait le mécanisme qui permettrait d'expliquer la pathogénie si variée et si variable de la dilatation de l'estomac ». — « La théorie de M. Bouchard, dit plus loin notre savant maître, a toutes mes préférences, elle est plus conforme aux données physiologiques, elle laisse moins de champ aux hypothèses que la théorie de M. Glénard et je l'accepte dans son entier. »

Nos conclusions sont celles de M. Dujardin-Beaumetz, comme lui et pour les mêmes raisons, nous croyons que dans les accidents nerveux qui accompagnent la dilatation de l'estomac, le rôle de cette dernière, comme point de départ et origine de ces accidents est incontestable. La théorie de M. Bouchard, contrairement à celle de M. Glénard, est basée sur des faits anatomo-pathologiques que personne ne peut discuter ; elle rend compte de tous les troubles que nous avons décrits plus haut comme l'apanage des neurasthéniques gastriques et l'ordre qu'elle nous permet d'attribuer à tous ces phénomènes, si variés dans leur apparition, est conforme à ce que nous observons en clinique. Avec cette théorie, on se rend

compte de tous les cas, et les faits que M. Glénard lui-même a déclaré ne pouvoir être conciliés avec ses données sur l'entéroptose, se placent parfaitement à côté de tous les autres faits éclaircis par M. Bouchard.

Si l'entéroptose, que nous avons admise comme vraie, dans certains cas, existe réellement, ce dont, il faut l'avouer, nous ne sommes pas convaincu et nous en avons le droit, puisque, dans aucun cas, nous n'avons pu constater les signes pathognomoniques que nous en donne M. Glénard, son existence n'est toujours que secondaire. Elle ne sera jamais un argument sérieux contre la théorie de M. Bouchard, car on pourrait à la rigueur, avec cette dernière, expliquer les phénomènes de déplacements des différents viscères de l'abdomen. L'explication de ces déplacements serait même bien plus logique et plus acceptable que celle de M. Glénard. Cette ptose primitive du coude droit du côlon, pourquoi se manifeste-t-elle si souvent? Nous avons vu que l'étiologie de l'entéroptose était bien incomplète pour l'expliquer dans tous les cas, et que l'anatomie pathologique, pratiquée sur le cadavre, comme l'a fait M. Fromont et non sur le vivant, à l'aide de la palpation, comme le faisait M. Glénard, était loin de nous en établir la fréquence.

Quant à l'intervention, dans le tableau clinique de la neurasthénie gastrique, de l'ictère et des troubles hépatiques, c'est dans la théorie seule de M. le professeur Bouchard, que nous en trouvons la cause.

M. Glénard, dans une note que nous trouvons dans le compte rendu de sa conférence sur l'entéroptose, faite à l'hôpital de Mustapha-Alger, nous montre, par

ce qu'il nous dit de ces troubles hépatiques, combien leur étiologie le préoccupe, ne trouvant, pas plus que nous, l'explication de ces faits dans la ptose de l'organe.

Il reconnaît « que le foie congestionné ne peut recouvrir sa complète intégrité, que cet organe atteint de déchéance peut retentir sur l'organisme entier et engendrer, par une modalité fonctionnelle encore inconnue et particulière, les différents aspects de l'arthritisme, de l'herpétisme (suivant l'acception de Lancereaux), y compris les manifestations critiques de ces tempéraments ; parmi celles-ci, trouverait place l'entéroptose secon-secondaire, survenant alors comme une complication gastro-intestinale spéciale de l'ancienne affection hépatique, qui dévierait ainsi vers l'entéroptose, au lieu de dévier vers la goutte, le rhumatisme chronique, la lithiase ou le diabète ».

Cette explication n'est pas claire et ne peut être regardée que comme une vue personnelle et absolument théorique de ce qu'on peut observer. Il est bien hardi, ce nous semble, de faire de la congestion hépatique la cause directe de l'entéroptose et, dans tous les cas, nous demanderons à M. Glénard pourquoi cette congestion hépatique et quelle en est l'origine. Nous, au contraire, comme nous l'avons dit, nous serions tout étonné, la dilatation de l'estomac et ses conséquences étant admises, que le foie, bientôt atteint dans son fonctionnement, par les poisons stomacaux qu'il ne peut suffire à emmagasiner et à détruire, ne réagisse pas à sa manière, c'est-à-dire en augmentant de volume, en se congestionnant et en donnant lieu à de l'ictère. Aux faits de

M. Bouchard on ne peut rien répondre, les données scientifiques, sur lesquelles est basée sa théorie, sont aujourd'hui admises et reconnues de tous, bien plus, les travaux de M. le professeur Gautier sont venus les confirmer, et enfin, ce qui est pour nous un signe indubitable de l'exactitude de cette théorie, c'est l'efficacité du traitement qui en découle et dont les bases que l'on trouve dans les auto-intoxications de M. Bouchard, ne sont qu'une série de déductions thérapeutiques qu'imposent à tout médecin qui accepte la théorie de ce savant maître, la raison et le bon sens.

Bien que la théorie de M. le professeur Bouchard et celle de M. Glénard soient dissemblables, elles arrivent à une thérapeutique presque analogue.

M. Glénard veut que son traitement remplisse les conditions suivantes :

1° Combattre le prolapsus viscéral et augmenter la tension abdominale à l'aide d'une sangle appropriée ;

2° Régulariser les évacuations intestinales ;

3° Enfin instituer un régime spécial pour tonifier les organes digestifs.

M. Bouchard insiste surtout sur l'antisepsie gastro-intestinale et propose un régime qui a pour but de satisfaire à trois indications : obtenir que la distension gastrique soit faible, rare et courte.

Pour répondre à la première, on donnera une alimentation suffisante, sous le plus petit volume possible. On modérera l'usage de l'eau et parce qu'elle tient de la place et parce qu'elle dilue le suc gastrique.

La deuxième indication exigera que les repas soient rares.

La troisième est remplie par l'usage d'aliments solides faciles à digérer et très finement divisés pour que la surface de digestion soit plus étendue. On exclura les aliments facilement transformables en acide acétique ;

c'est pourquoi, M. Bouchard réduit l'alcool au minimum et supprime le pain ou ne le tolère que transformé en croûte grillée.

De la thérapeutique de M. Glénard, nous garderons le procédé mécanique qu'il a mis en usage, sinon pour soutenir la masse intestinale et pour lutter contre l'entéroptose, que nous n'acceptons pas comme très rare, du moins pour retenir l'estomac dilaté, soutenir la paroi abdominale et surtout remédier à la chute du rein que nous avons admise comme si fréquente.

Quant à la thérapeutique, formulée par M. Bouchard, contre la dilatation de l'estomac et ses conséquences, nous l'accepterons tout entière. Nous mettons avec le savant professeur, l'antisepsie gastro-intestinale en première ligne et c'est elle qui nous guidera surtout dans l'exposition du traitement de la neurasthénie gastrique qui comprendra deux grandes indications, l'une s'adressant aux troubles de l'estomac et de l'intestin, l'autre à l'état du système nerveux.

(A) *Contre les troubles de l'estomac et de l'intestin.*

I. — Antisepsie gastro-intestinale.

II. — Procédés mécaniques mis en usage pour agir directement sur l'estomac.

(B) *Contre l'état du système nerveux.*

Hydrothérapie. Exercices musculaires. Promenades en plein air. Distractions de toutes sortes.

I. — ANTISEPSIE GASTRO-INTESTINALE

Dans tout l'exposé de notre traitement, nous nous servirons des remarquables leçons que notre maître M. le Dr Dujardin-Beaumetz a faites à l'hôpital Cochin. C'est ce traitement que, sous sa direction, nous avons appliqué à de nombreux malades, présentant en même temps que tous les troubles bien connus et déjà cités de la dilatation de l'estomac, une foule de symptômes nerveux sous la dépendance de cette dernière affection.

« Je place, dit notre savant maître, en première ligne, dans le traitement de la dilatation de l'estomac l'antisepsie intestinale ; partisan des doctrines de Bouchard, je considère cette antisepsie intestinale comme le point capital dans l'ensemble des moyens thérapeutiques à employer chez les dilatés.

Cette antisepsie intestinale comprend plusieurs actes ; dans l'un nous pouvons intervenir par des moyens pharmaceutiques ; dans l'autre nous pouvons hâter l'issue des matières septiques au dehors ; dans le troisième on intervient directement en lavant l'estomac ou l'intestin ; enfin, dans le dernier, c'est grâce à une hygiène alimentaire spéciale que nous abaissons au minimum la quantité de ptomaïnes rétablies dans l'intestin. »

L'antisepsie intestinale que l'on doit pratiquer chez tout dilaté qui présente des phénomènes d'auto-intoxication, est donc résumée, par notre savant maître, dans les quatre indications qui précèdent et que nous allons maintenant développer.

Trousseau, avec le sous-nitrate de bismuth, Paterson, avec son mélange de magnésie et de bismuth, Belloc, avec sa poudre de charbon avaient déjà mis en usage l'action antifermentescible de ces différentes substances et nous nous expliquons très bien, maintenant, pourquoi, la thérapeutique de ces auteurs eut tant de vogue et de succès. Par elle, les fonctions de l'estomac étaient régularisées et les fermentations anormales qui pouvaient naître dans cet organe, étaient arrêtées. Aujourd'hui, bien qu'en reconnaissant l'action antiputride des substances citées plus haut, nous ne les emploierons pas, la découverte du salicylate de bismuth, celle plus récente du naphtol, nous permettant d'agir plus sûrement et plus efficacement pour assurer l'antisepsie intestinale.

Le salicylate de bismuth a, en effet, une action antiseptique par l'acide salicylique qu'il contient. Il ne joue pas simplement, comme le bismuth, le rôle de poudre inerte, et absorbante ; car à cette dernière action, il joint celle de tout antiseptique, c'est-à-dire, qu'il arrête les fermentations et la décomposition des matières organiques. On le donnera mélangé à la magnésie anglaise et au bicarbonate de soude, dans les cas de dilatation peu considérable et où la putridité stomacale et intestinale n'est pas exagérée. On use, par exemple de la formule suivante :

Salicylate de bismuth	ââ 10 gr.
Magnésie anglaise	
Bicarbonate de soude	

Faire trente cachets médicamenteux ; en prendre un avant le repas.

Nous admettons, avec M. le professeur Bouchard, que l'acide salicylique, à dose suffisante pour être antiseptique, peut provoquer des troubles nerveux ; sans doute, le salicylate de bismuth, moins soluble, est aussi moins actif, c'est pourquoi nous le conseillons seulement dans les cas où la putridité stomacale et intestinale n'est pas considérable, dans le cas contraire, nous donnons la première place au naphtol.

Le naphtol a un pouvoir antiseptique que M. le professeur Bouchard a le premier déterminé et mesuré.

Dans une note, lue à l'Académie des sciences en 1888, cet auteur montra que le naphtol, grâce à sa très faible solubilité, peut être soustrait à l'absorption et rester partout présent dans toute la longueur du tube digestif où il rendra impossible toute fermentation. Mais M. Bouchard ne s'occupait alors que du naphtol β dont les propriétés antiseptiques sont moins grandes que celles du naphtol α qui a été étudié depuis, dans le laboratoire même de M. Bouchard par M. Maximovitch. Ce dernier, comparant ses résultats à ceux que M. Bouchard avait obtenus pour le naphtol β, arrive à cette conclusion que le naphtol β, par sa toxicité plus grande et ses propriétés antiseptiques plus faibles est inférieur au naphtol α.

Dans les cas donc où la maladie est plus avancée, où l'on a besoin pour arrêter les accidents d'auto-intoxication d'une antisepsie plus rigoureuse et plus puissante, on aura recours au naphtol α et l'on pourra user du mélange suivant recommandé par M. Dujardin-Beaumetz :

Salicylate de bismuth...............	⎫
Naphtol α..........................	⎬ àà 10 gr.
Charbon............................	⎭

En trente cachets médicamenteux ; en prendre un au déjeuner et au dîner.

Nous devons faire observer que, comme l'iodoforme, le naphtol échoue très souvent parce qu'il entrave l'appétit ; dans ce cas, il est prudent de le supprimer et de revenir à la première formule.

On pourrait également, dans ce cas, prendre comme antiseptique, le salol qui parcourt presque sans être altéré, toute la partie supérieure de l'appareil gastro-intestinal. Ce n'est qu'arrivé dans le duodénum, où il rencontre le suc pancréatique, que ce corps se décompose, pour donner naissance à ses principes actifs : acide salicylique et acide phénique. La faible toxicité de cette substance a été mise en lumière, dans la thèse intéressante de M. Lombard, faite au laboratoire de l'hôpital Cochin, c'est là qu'on trouvera les principales indications thérapeutiques de ce médicament.

Dans l'antisepsie intestinale, entre l'emploi des purgatifs ; chez les dilatés, la constipation est très fréquente et tous les laxatifs peuvent être employés. Leur utilité incontestable c'est d'éliminer au dehors les toxines qui se sont produites dans toute la longueur du tube digestif et qui finissent par être absorbées.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz a consacré à l'étude de cette constipation une leçon tout entière, dans ses cliniques thérapeutiques. Notre maître recommande, en

particulier, pour lutter contre la constipation des dilatés, d'user des eaux purgatives naturelles, de Villa-Cabras ou de Rubinat, à la dose d'un verre à liqueur le matin, à jeun, soit de la poudre laxative suivante, dont le malade prend une cuillerée à dessert dans un demi-verre d'eau, le soir, entre 9 et 10 heures :

Follicules de séné passés à l'alcool, en poudre..........................	ââ 6 gr.
Soufre sublimé......................	
Anis étoilé en poudre...............	ââ 3 gr.
Fenouil en poudre..................	
Crème de tartre pulvérisée...........	2 gr.
Réglisse en poudre..................	8 gr.
Sucre en poudre.....................	25 gr.

Comme le fait remarquer M. Dujardin-Beaumetz (Nouvelles médications, 3e conférence), si la majeure partie des dilatés sont constipés, il en est d'autres chez qui il existe une tendance manifeste à la diarrhée.

C'est dans ces cas que notre maître conseille de se servir de la composition suivante, qu'il préfère de beaucoup à l'eau sulfo-carbonée, dont il se servait pour l'antisepsie intestinale avant l'introduction du naphtol dans la thérapeutique médicale.

Salicylate de bismuth...............	ââ 10 gr.
Naphtol α..........................	
Craie préparée.....................	
Phosphate de chaux................	

Faire quarante cachets médicamenteux dont le malade prendra un avant chaque repas.

Enfin, pour compléter tout ce que nous venons de dire, au sujet de la façon de pratiquer l'antisepsie intestinale, nous reproduirons sur le lavage de l'estomac et de l'intestin l'opinion de Dujardin Beaumetz que nous trouvons consignée dans sa 3e conférence, déjà citée, des Nouvelles médications.

L'opinion de cet auteur est absolument conforme à celle que M. le professeur Bouchard émet, page 198 de ses leçons sur les auto-intoxications, où il dit : « Le lavage est une méthode de nécessité, dans certaines circonstances. On doit poser en principe qu'il ne faut jamais introduire un repas nouveau sur un repas précédent non dirigé.

Or cinq heures après l'ingestion, la présence des aliments dans l'estomac est déjà pathologique. A partir de la sixième heure, dans cette masse alimentaire se fera surtout une fermentation anormale. Au delà de la septième heure, le résidu alimentaire subira exclusivement des fermentations acides ou putrides.

Lors donc que des signes rationnels ou un cathétérisme explorateur auront fait constater la stagnation du résidu alimentaire dans l'estomac, il sera indiqué formellement de l'évacuer. Puis on laissera l'estomac se reposer deux heures, se recueillir pour ainsi dire ; les malades soumis au lavage ne devront donc faire que deux repas par jour. »

M. Dujardin-Beaumetz emploie les eaux alcalines pour ces lavages ; lorsqu'il y a de la putridité, il recommande d'user des solutions antiseptiques, soit à l'aide de l'acide borique à 10 pour 1000, soit à l'aide du naphtol à 1 pour 1000.

« Quant aux lavages de l'intestin, dit notre savant maître, ils sont indiqués dans deux circonstances : quand il existe de la diarrhée putride, ou bien une dilatation du gros intestin, avec accumulation de gaz et de matières. Cantani a donné à cette méthode thérapeutique le nom d'entéroclysme ; le meilleur moyen de pratiquer cet entéroclysme consiste à se servir du tube de Debove muni de son entonnoir. Vous introduisez le plus haut possible, la partie semi-rigide de ce tube, dans le rectum ; vous remplissez l'entonnoir avec la solution médicamenteuse, et selon sa hauteur, vous augmentez la force et la vitesse de pénétration du liquide introduit dans le gros intestin.

A défaut de siphon stomacal, on pourra se servir d'un grand irrigateur, muni d'une longue canule rectale. Je dis un grand irrigateur, car il faut que la quantité de liquide ne soit pas inférieure à 1 litre ; quant à la solution à employer, vous pouvez vous servir d'eau dégourdie, ou bien, quand les matières ont une odeur très putride, vous pourrez vous servir d'eau naphtolée ou boriquée. Pour le naphtol, on fait dissoudre 1 gr. de naphtol dans un litre ; pour l'acide borique on peut user d'une solution à 10 ou 20 gr. pour 1000 de cette substance. Chaque matin, le malade pratique une irrigation de son gros intestin » (3e conférence. Des neurasthéniques gastriques (déséquilibrés du ventre) et de leur traitement, page 47. Nouvelles médications).

Après nous être occupé de ce que nous appellerons l'antisepsie directe et chimique du tube intestinal, dont l'importance, comme on le voit, est si grande, nous

nous occuperons maintenant de la question du régime qui, nous l'avons dit, doit répondre d'après M. le professeur Bouchard aux trois indications suivantes : « obtenir que la distension gastrique soit faible, rare et courte ». Depuis les travaux de M. le professeur Gautier, sur les ptomaïnes et les leucomaïnes, aux trois indications précédentes, formulées par M. Bouchard, on doit ajouter une troisième qui s'adresse à la putridité intestinale. C'est elle que M. Dujardin-Beaumetz fait ressortir dans ses leçons (*loc. cit.*) lorsqu'il dit : « Trois choses sont à éviter chez les dilatés : d'abord les liquides et en général les aliments trop liquides ; puis la multiplicité des repas et enfin les aliments pouvant fournir trop de ptomaïnes à l'économie ». C'est cette dernière considération qui fait que nous plaçons dans l'antisepsie intestinale le régime que l'on doit prescrire aux dilatés, régime que nous allons maintenant étudier avec d'autant plus de soin que son importance est des plus considérables.

Contre la multiplicité des repas, pour que, comme le veut M. le professeur Bouchard, la distension gastrique soit faible, rare et courte, il faudra recommander au malade d'espacer ses repas, de manière à ce que les aliments arrivent dans un estomac vide, ou à peu près vide. Il faudra mettre huit heures entre le déjeuner, le dîner et ne jamais permettre au malade de manger ni de boire entre les deux repas.

Le premier déjeuner aura lieu à 7 heures, le deuxième à 11 heures 1/2, et le dîner à 7 heures. Bien des personnes, dit M. Dujardin-Beaumetz, peuvent se passer du premier

déjeuner et alors, dans ce cas, elles ne prennent que deux repas par jour, l'un à 10 heures, l'autre à 7 heures.

M. Bouchard, dans ses leçons sur les auto-intoxications, *loc. cit.*, nous dit :

« Le premier déjeuner, si on en fait trois, sera peu copieux : un œuf à la coque, des fruits cuits ou des marmelades, pas de pain ni de boissons.

« Au deuxième repas conviennent les viandes froides assez cuites, les viandes chaudes mais braisées, de préférence aux rôtis saignants, des purées de viande, des poissons bouillis, des œufs peu cuits, des œufs préparés au lait, du lait en quelque sorte solidifié, des pâtes, du riz préparés au lait, ou au bouillon ou au jus de viande, des purées de légumes considérées à tort comme augmentant la dyspepsie flatulente, des fromages, des compotes de fruits.

« Comme fruits frais, trois seulement seront permis : les fraises, les pêches et le raisin ; je ne sais pourquoi ils sont mieux digérés que les autres par les dyspeptiques, mais je vous indique le fait au nom de l'expérience. Les autres fruits ne sont tolérés que cuits. »

En un mot, il faut éviter d'introduire dans l'alimentation des substances capables de fournir une quantité trop abondante de toxines, c'est pourquoi, il faut repousser de l'alimentation, en première ligne le gibier, puis le poisson qui s'altère avec une extrême rapidité, les mollusques et les crustacés et enfin les fromages avancés.

Les viandes bien cuites seront seules permises, la cuisson s'opposant, dans une certaine mesure, à la produc-

tion des alcaloïdes cadavériques. Donc pas de viandes saignantes, comme on a l'habitude d'en donner aux personnes qui digèrent mal, mais au contraire des viandes cuites à la casserole, braisées, comme on le dit en terme de cuisine : le bœuf à la mode, le veau en gelée, les volailles en daube, le poulet au riz, etc., etc.

L'origine des ptomaïnes qui peuvent se former, à la suite de fermentations anormales dans le tube digestif, ayant pour origine les substances animales ingérées, c'est surtout du régime végétarien que, dans les cas de dilatation de l'estomac, on retirera de précieux avantages. M. Dujardin-Beaumetz, dans sa remarquable leçon sur le régime végétarien au point de vue thérapeutique (quatrième conférence, p. 57 et suivantes. Nouvelles médications), a développé précisément cette idée lorsqu'il a dit : « Nous connaissons le rôle considérable que jouent les ptomaïnes et les leucomaïnes dans les phénomènes d'auto-intoxication, qui se présentent si fréquemment chez un grand nombre de nos malades. Tout le monde paraît d'accord pour rattacher à cette auto-intoxication l'embarras gastrique, les congestions de foie, et surtout, comme je vous le montrais, dans la dernière leçon, la plupart des phénomènes qui se développent dans la neurasthénie gastrique ».

Plus loin, cet auteur nous montre, d'autre part, par de nombreuses analyses, que l'homme peut trouver exclusivement dans les végétaux la quantité d'azote qui lui est nécessaire et que par cela même, le régime végétarien peut suffire à l'alimentation. Ces deux raisons suffisent largement à expliquer l'emploi de ce régime et les résul-

tats que donne son application ne font que confirmer la vérité de ce que vient de dire notre maître.

Donc toutes les fois que la muqueuse stomacale irritée aura besoin de repos, que l'on voudra substituer à la digestion stomacale, la digestion intestinale pour laisser reposer l'estomac, c'est au régime végétarien que l'on s'adressera et, pour cela, on pourra suivre la formule que M. le Dr Dujardin-Beaumetz en a donnée, et que nous allons reproduire ici :

Faire prédominer dans l'alimentation les œufs, les féculents, les légumes verts et les fruits.

a) Les œufs seront très peu cuits (crèmes, œufs à la coque, œufs brouillés, omelettes, etc., etc.).

b) Les féculents seront en purée (purée de pommes de terre, de haricots, de lentilles, revalescière, racahout, farine lactée, panades passées, riz sous toutes les formes, pâtes alimentaires, nouilles, macaroni).

c) Les légumes verts seront très cuits (purée de carottes, de navets, de julienne, de petits pois, salades cuites, épinards).

d) Les fruits seront en compote, sauf les fraises et le raisin.

Un dernier point reste à régler, c'est le chapitre des boissons. M. le professeur Bouchard a fait ressortir l'importance de cette dernière prescription dans la diététique de la dilatation de l'estomac. « Il ne faut, dit cet auteur, jamais boire au premier repas (petit déjeuner), ni en dehors des repas. Il ne sera permis de boire à chacun des deux principaux repas qu'un verre et demi. Dans la saison d'été, pour les malades qui suent copieusement

on pourra faire fléchir quelque peu la règle afin de compenser la déperdition de liquide. La boisson sera de préférence l'eau pure; l'alcool doit être évité, parce qu'il donne naissance à de l'acide acétique. Mais nos habitudes répugnant à l'usage de l'eau pure, on conseillera l'addition à l'eau d'un tiers de bière ou d'un quart de vin blanc. On repoussera le vin rouge, qui contient trop d'alcool et trop de tannin, ainsi que l'infusion de thé. »

Aux prescriptions qui précèdent de M. le professeur Bouchard, M. le Dr Dujardin-Beaumetz ajoute : « Pour l'eau, il faut prendre les eaux les moins gazeuses possibles, et en somme peu minéralisées, comme l'eau ordinaire. Les eaux très gazeuses sont mal supportées.

Pour les eaux alcalines, il faut choisir les moins gazeuses, et quand le malade boira ces eaux loin des sources de Vals ou de Vichy, vous lui recommanderez de déboucher sa bouteille avant son repas, pour chasser l'excès d'acide carbonique. »

Nous avons vu qu'il fallait que le dilaté n'absorbât que très peu d'alcool et en général de tout ce qui peut avoir tendance à fermenter. C'est cette considération qui doit également faire repousser du régime de la dilatation d'estomac la mie de pain et préférer, au contraire, les pâtes non fermentées, le riz, l'orge, le gruau. « Ce qui fermente dans la pâte, dit M. le professeur Bouchard, c'est le gluten qui donne naissance aux produits de la fermentation acétique, en présence d'une bactérie, le bacillus glutinis. Or, celle-ci résiste à la température à laquelle se trouve porté, pendant la cuisson, le centre de la mie de pain et peut continuer dans l'estomac la fer-

mentation acétique. Par la connaissance de ces faits, se trouve expliquée l'utilité des pâtes non fermentées et du pain grillé dans l'alimentation des dyspeptiques. »

II. — PROCÉDÉS MÉCANIQUES MIS EN USAGE POUR AGIR DIRECTEMENT SUR L'ESTOMAC

On ne peut nier que dans certains cas, la sangle pelvienne de M. le Dr Glénard n'apporte un véritable soulagement au malade. Nous avons vu qu'un estomac très dilaté peut être, chez les personnes que leur profession oblige à se tenir continuellement debout ou à faire de longues marches, la cause de tractions et de tiraillements dont ces personnes se plaignent avec juste raison. Le rein lui-même, nous l'avons également constaté, est, chez la majorité des dilatés, rarement à sa place et l'ectopie de cet organe est, sans conteste, une autre cause des souffrances signalées plus haut.

Dans ces cas, nous le reconnaissons, quelle que soit d'ailleurs la théorie que l'on admette pour expliquer cette dilatation et cette ectopie, la ceinture pelvienne est utile et nous l'avons prescrite avec avantage pour les malades ; quant à dire avec M. Glénard, que ce soulagement confirme en entier la théorie de l'entéroptose, nous ne le croyons pas, persuadé que cette partie du traitement qui consiste à agir sur l'estomac par des procédés mécaniques est la partie accessoire et non principale, d'un traitement plus direct et plus efficace dans lequel l'antisepsie intestinale doit venir en première ligne.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz dans ses *Nouvelles*

médications, troisième conférence, page 50, fait de la ceinture de M. Glénard, une description très complète que nous ne donnerons pas. Nous ne ferons également que signaler le travail de M. Glénard : Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose (*Lyon médical*, 26 juin 1887, t. LV, p. 287). On trouvera, dans ce dernier travail, toutes les indications nécessaires sur la façon dont cette ceinture doit être appliquée et sur le but qu'elle doit remplir.

Un autre moyen mécanique à mettre en œuvre, c'est le massage. Une de nos malades avait été soumise à ce traitement exclusif, dans le service de M. le Dr Dujardin Beaumetz, l'amélioration qu'elle en avait obtenue avait été très sensible mais insuffisante. M. le Dr Hirschberg (d'Odessa) a publié, dans sa thèse inaugurale, Paris, 1889, les principaux résultats obtenus par ce procédé ; c'est là qu'on trouvera la méthode à suivre pour pratiquer ce massage qui doit comprendre deux parties : le massage des muscles de l'abdomen et le massage de l'estomac. « Pour le premier, dit M. Dujardin-Beaumetz (troisième conférence, Traitement de la neurasthénie gastrique, *loc. cit.*), vous faites d'abord un effleurage des muscles obliques suivi de quelques malaxations lentes et superficielles et de quelques hachures ; ensuite on procède au massage de l'estomac. Pour cela, après avoir délimité l'estomac, on produit, avec la paume d'une main ou des deux mains, des pressions d'abord légères, puis de plus en plus fortes, qui vont de la grosse tubérosité de l'estomac vers le pylore ; puis on s'efforce de saisir l'estomac et de le malaxer en poussant toujours la masse ali-

mentaire vers le pylore, et on termine la séance qui ne doit pas durer plus d'une demi-heure, par un massage de l'intestin et surtout du côlon. »

Nous croyons moins à l'efficacité du traitement par l'électricité pour combattre la dilatation de l'estomac. M. Dujardin-Beaumetz a, dit-il, abandonné cette méthode qui agit très peu contre la dilatation et pas du tout contre les troubles qui en sont la conséquence.

Là s'arrête l'exposé des différents procédés mécaniques mis en usage pour agir directement sur l'estomac; ces procédés, dont les uns auraient pour but d'arrêter la dilatation, les autres de ramener l'organe dilaté à ses dimensions normales en excitant ses fibres musculaires n'ont, comme nous l'avons dit, qu'une utilité secondaire et, appliqués seuls, ils sont incapables de donner des résultats durables.

DEUXIÈME INDICATION DU TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE GASTRIQUE S'ADRESSANT PARTICULIÈREMENT A L'ÉTAT DU SYSTÈME NERVEUX.

Les deux premières parties du traitement de la neurasthénie gastrique que nous venons d'exposer, s'adressent, comme on a pu le voir, surtout aux accidents du début, c'est-à-dire aux phénomènes d'intoxication, cause directe de tous les troubles nerveux qui font du dilaté un névropathe. Mais, lorsque cette dilatation existe depuis longtemps et que le syndrome neurasthénique s'est développé, il faut reconnaître que l'antisepsie intestinale, bien que dans ces cas encore de la plus grande utilité, est cepen-

dant insuffisante pour soulager le malade. C'est pourquoi, tout en s'occupant du tube digestif, on devra, en même temps, instituer une médication générale à la fois tonique et antinerveuse.

Pour diminuer l'excitabilité du système nerveux, on devra employer tous les procédés hydrothérapiques et en particulier les douches froides, très courtes, pour l'administration desquelles on suivra les préceptes suivants : la douche sera froide, en jet le long de la colonne vertébrale. Sa durée ne dépassera pas quinze secondes, si c'est une dame on devra doucher les pieds avec de l'eau chaude, et, enfin, des frictions sèches énergiques seront faites, après la douche, avec un gant de crin (Dujardin-Beaumetz, *Hygiène thérapeutique*, 2e édition. Paris, 1890).

Les exercices musculaires seront aussi indiqués ; ils agiront en stimulant l'organisme tout entier et en calmant l'état de surexcitation du système nerveux. C'est dans le même but que l'on devra prescrire au malade des occupations exclusivement corporelles.

Quant à l'utilité de l'usage des eaux minérales, M. Dujardin-Beaumetz répond : « Je crois qu'il faut être très prudent à cet égard ; cependant je suis prêt à reconnaître que, chez les dilatés à congestion du foie (ce qui est très fréquent) et à garde-robes très acides, les eaux de Vichy sont favorables ; mais, le plus ordinairement, l'hydrothérapie bien appliquée peut suffire.

Avant de terminer cette dernière partie du traitement de la neurasthénie gastrique, nous ferons observer que, si comme le montrent nos observations, il est possible

d'arriver à des résultats les plus satisfaisants par l'emploi simultané de l'antisepsie intestinale et de la médication antinerveuse, nous devons reconnaître que, dans certains cas, où les premiers accidents digestifs sont très éloignés, le traitement que nous avons soutenu et proposé reste malheureusement impuissant. Ces cas sont ceux dans lesquels la dilatation de l'estomac existant depuis très longtemps, le malade, après une série de traitements inutiles, est arrivé au summum de la surexcitabilité nerneuse. Chez ces malades, le syndrome neurasthénique est alors développé à ce point et a pris une importance telle qu'ils placent maintenant au second rang les troubles dyspeptiques, qui seuls les fatiguaient au début. Mais, si au milieu des sensations diverses qu'ils disent éprouver, laissant de côté les phénomènes presque impossibles à analyser qu'ils décrivent avec un luxe d'épithètes et de mots vraiment considérables, on remonte au début de la maladie, on reconnaîtra bientôt qu'autrefois, il y a un an, deux ans et même plus, ils étaient seulement dyspeptiques et que là est la cause de tous leurs maux ; bien plus, l'examen de l'abdomen permettra de confirmer la chose en démontrant l'existence d'une dilatation de l'estomac qui jusqu'alors n'a pas été soignée. Dans les observations qui suivent nous donnerons un cas de cette catégorie de malades.

OBSERVATIONS

Observation I

Lej. Félix, 35 ans, prof., ouvrier mécanicien.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, pas nerveux. Frères et sœurs également bien portants, ni nerveux, ni dyspeptiques.

Antécédents personnels. — Jamais malade, nie tout antécédent alcoolique, n'a pas de tremblements, pas de cauchemars mais des insomnies. Il n'a jamais reçu de traumatisme, ni dans la région abdominale, ni ailleurs.

Le malade souffre depuis dix ans de trouble au côté de l'estomac. Ce qu'il éprouve, ce sont des sensations de tiraillements dans la région de l'abdomen, des douleurs au creux épigastrique ; il commence à souffrir 1 heure 1/2 ou deux heures après le repas ; ces souffrances sont accompagnées de renvois, de ballonnement du ventre, de congestion de la face, de pesanteur, elles durent jusqu'à 5 ou 6 heures du soir. Elles sont telles qu'il en est arrivé à ne plus faire qu'un repas par jour. Son appétit n'a pas cependant disparu et, lorsqu'arrivent les heures du repas, il ne demande qu'à manger. Il a maigri, dit-il ; aujourd'hui, il a l'aspect d'un homme nerveux, maigre et sec et son faciès est encore bon, malgré les souffrances considérables qu'il prétend ressentir. Il nous raconte que tout travail lui est devenu impossible, qu'une fois qu'il a mangé il attend le moment où ses souffrances vont se réveiller, moment qui, ajoute-t-il, ne manque jamais de venir. S'il a commencé un travail quelconque, il est bientôt obligé de l'abandonner et de se coucher, la position horizontale calmant un peu ses douleurs.

Depuis cinq ans, son caractère aurait beaucoup changé, gai et de bonne humeur autrefois, il est devenu triste et sombre ; il reconnaît lui-même que ce sont ses mauvaises digestions qui en sont la cause. Il a consulté depuis le début de sa maladie un grand nombre de médecins, il a pris, dit-il, beaucoup de remèdes : ces temps-ci, il suit le régime suivant qu'il s'est lui-même constitué : 130 gr. de viande crue, en boulettes dans du potage au vermicelle.

Contre sa constipation opiniâtre, il se sert de lavements journaliers.

Ses nuits sont agitées par des insomnies fréquentes et régulières. Tous les jours vers 2 ou 3 heures du matin, il se réveille pour ne plus se rendormir.

Il a toujours froid aux extrémités des doigts et des pieds.

Il se présente à l'hôpital Cochin, à la consultation de M. Dujardin-Beaumetz, où il vient chercher, dit-il, un autre traitement à ajouter aux nombreux traitements qu'il a déjà faits inutilement.

La palpation abdominale, faite sur une paroi flasque et souple, révèle, à la région épigastrique, une forte douleur, on ne sent rien d'anormal comme tumeurs ou organes déplacés.

Le malade au moment de notre premier examen est à jeun, nous ne percevons pas de clapotement.

Après l'ingestion d'un 1/2 verre d'eau de Vichy, nous renouvelons l'expérience et obtenons, par la succussion, un bruit de clapotement, s'entendant dans tout l'hypocondre et le flanc gauches et au-dessous de la ligne qui réunit l'ombilic au point le plus proche du bord costal gauche.

Le foie est peu congestionné, la région hépatique est cependant un peu douloureuse, l'organe ne nous paraît pas dépasser les fausses côtes.

La palpation néphroleptique est pratiquée, d'après les principes posés par M. Glénard, nous parvenons, après quelques inspirations lentes et profondes, à saisir l'extrémité inférieure du rein droit, sur lequel nous pouvons dès lors exécuter les

trois temps de la manœuvre indiquée par M. Glénard : affût, capture, échappement.

Du côté gauche, nous ne pouvons percevoir rien de semblable.

Pas de troubles de sensibilité générale, ni sensorielle.

Le jour de sa première visite à l'hôpital, nous lui ordonnons de suivre le traitement que nous avons formulé, régime végétarien, antisepsie intestinale, sauf les lavages du rectum. Pas de sangle pelvienne, mais douches froides tous les jours, pas de lavages d'estomac.

Huit jours après le début du traitement, pas d'amélioration bien notable au point de vue des accidents dyspeptiques et des troubles nerveux, nuits moins agitées cependant, selles plus faciles et plus régulières.

Quinze jours plus tard, le malade revient, le mieux commence à se faire sentir d'une façon notable. Il digère mieux, son sommeil est complètement revenu. Il va à la selle régulièrement tous les jours grâce à la poudre laxative qu'il prend chaque fois. Il a toujours ses congestions à la face qui sont cependant moins fréquentes et moins fortes ; quant aux douleurs de l'estomac elles ont complètement disparu.

Nous ne voyons le malade, qui est allé suivre son traitement à la campagne, qu'un mois après le début du traitement. Il a repris son travail, il va beaucoup mieux, demande à augmenter son régime. Il n'a pas cessé, dit-il, de suivre son traitement depuis le début ; nous lui conseillons de le suivre encore le plus longtemps possible. Rien de changé dans les signes déjà fournis par la palpation abdominale.

Observation II

A. Lag..., 25 ans, garçon de bureau.

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique. Mère migraineuse, pas dyspeptiques, ni l'un, ni l'autre. Ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade jusqu'à 10 ans, époque à laquelle remontent les premiers troubles dyspeptiques qui sont arrivés, aujourd'hui, à leur summum. A cette époque les digestions étaient difficiles, les maux d'estomac fréquents. On le traita alors pour de l'anémie et on attribua tous ses troubles à la croissance.

Aujourd'hui, appétit complètement disparu, dégoût complet de la viande, surtout des matières grasses. Le malade ne se nourrit plus que de lait et de quelques parcelles de viande qu'il ne digère que très difficilement. Il se nourrit, dit-il, par raison, mais il redoute l'ingestion de substances solides qui lui donnent une demi-heure après le repas, des éructations, du ballonnement du ventre une sensation de plénitude qui le force à se déboutonner. Il a fréquemment des palpitations à ce moment.

Il est maigre, pâle, il prétend avoir été autrefois à 14 ans et à 20 ans gros et fort.

Comme traitement, il n'a jamais suivi jusqu'ici de régime, il a pris du bicarbonate de soude qui lui a fait du bien, pendant un certain temps ; il mange à n'importe quelle heure de la journée, peu, mais souvent, c'est lui-même qui a trouvé cette manière de procéder qui, au début, semblait réussir à diminuer ses souffrances.

Il a eu toujours de la tendance à la constipation. Il aurait eu des hémorrhoïdes dont, aujourd'hui, nous ne constatons aucune trace. Depuis quelque temps à cette ancienne et continuelle constipation ont faite suite des alternatives de diarrhée.

Le malade est désespéré, il insiste beaucoup sur la sensation de cuisson qu'il éprouve à l'anus, il pense avoir une fissure et accuse cette dernière de tous les troubles qu'il ressent.

La nuit, il ne dort pas, il a des cauchemars ; tous les matins, réveil à 4 heures.

Tout travail intellectuel le fatigue « il ne sait plus que devenir ».

Rien au cœur, rien au poumon.

Pas d'anesthésie pharyngée, aucun signe d'hystérie. Sensibilité générale et sensorielle intactes.

Ventre dur plutôt que mou et flasque, paroi abdominale tendue, résistance considérable des muscles droits.

Le malade, lorsque nous l'examinons est à jeun. Nous percevons, malgré cela et immédiatement, le bruit de clapotement qu'il entend, dit-il, lui-même.

Dilatation stomacale manifeste. Prolapsus du rein droit.

Foie congestionné, dépassant légèrement les fausses côtes. Région hépatique douloureuse.

Nous n'observons pas d'autres déplacements d'organes, pas de sensations de cordes, dans aucun point de l'abdomen.

Nous ordonnons au malade le régime végétarien absolu, nous lui faisons faire deux repas par jour, selon le précepte de M. Bouchard. Régime sec. Antisepsie intestinale. Pas de sangle mais douches.

Ce n'est que quinze jours après le début de ce traitement que nôus revoyons le malade, il va beaucoup mieux. La diarrhée a disparu, la constipation persiste, mais la simple poudre laxative que nous lui avons prescrite lui assure une garde-robe régulière. Il dort mieux, il est moins nerveux, moins excitable.

Encore des renvois, des gaz, après les repas, mais bien moins. Le malade prend régulièrement ses douches, bien que se trouvant à la campagne, il vient régulièrement chaque jour à Paris.

Nous avons revu ce malade, la semaine dernière, un mois depuis qu'il a commencé son traitement. Le mieux continue, persiste et augmente. Son faciès s'est recoloré. Sa gaieté est revenue, il mange tous les deux jours, un peu de viande : poulet ou veau froids.

Enchanté de son régime, il ne demande qu'à le continuer « éternellement ». La constipation existe toujours un peu, il va cependant, certains jours, à la selle sans purgatif.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre plus longtemps ce malade qui, sous peu, arrivera certainement à la guérison complète.

La dilatation de l'estomac persiste encore. A jeun, nous ne percevons plus le clapotement qui apparaît de nouveau lorsque le malade a ingéré 1/2 verre d'eau.

Observation III

Guill.., 30 ans, rentier.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Père et mère non nerveux, non dyspeptiques. Frère bien portant.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade avant de ressentir les troubles dyspeptiques qu'il accuse aujourd'hui et qui ont commencé, il y a 15 ans.

Croissance très rapide, bronchite étant jeune, rien de plus.

D'abord, les digestions deviennent pénibles, il n'y a pas de vomissements, mais sensation de poids à l'estomac, lourdeur, pesanteur à l'épigastre tantôt au moment de la digestion, tantôt même avant le repas. Il consulte un médecin qui lui ordonne de la noix vomique et des douches. Cette consultation donnée il y a dix ans, c'est-à-dire 5 ans après le début des accidents, fut demandée par le malade qui commençait à se désespérer de la persistance et surtout de l'aggravation des phénomènes dyspeptiques qui s'étaient compliqués de phénomènes nerveux.

A cette époque, le malade avait des périodes de constipation suivies de périodes de diarrhée.

C'est à la même époque, qu'il a commencé à maigrir.

Le traitement sus-indiqué n'amenant aucune amélioration, le malade va consulter, il y a 5 ans, M. le professeur Bouchard.

M. Bouchard fit le diagnostic de dilatation de l'estomac, supprima les douches, défendit au malade de se laver l'estomac et lui prescrivit le régime de la dilatation d'estomac.

Le malade prétend avoir, depuis cinq ans, suivi le régime d'une façon très rigoureuse, il ne va pas plus mal, mais ne ressent pas, dit-il, un mieux considérable.

Son état actuel est le suivant : l'appétit est conservé, la

digestion ne se fait pas et, 4 heures après le repas, commencent des souffrances caractérisées par des tiraillements au creux épigastrique, sensation de pesanteur, renvois, ballonnement du ventre.

Chez lui, les phénomènes nerveux ont pris une très grande intensité, il a des migraines fréquentes, des vertiges, des congestions à la face, il éprouve, dit-il, « un bouillonnement dans tout le corps, une sensation de froid sur tout le corps, principalement aux extrémités, pieds et mains. Tout travail intellectuel lui est devenu impossible. Il a eu, à plusieurs reprises, des idées de suicide et tout, dans l'existence, lui paraît sous un jour sombre et défavorable.

Il a le faciès et l'aspect des dilatés en général, pâle, maigre, très grand.

La palpation abdominale ne nous fait constater rien de semblable à la corde colique, au cordon sigmoïdal de M. Glénard. mais on parvient, grâce à la palpation néphroleptique, à percevoir un prolapsus, une descente du rein droit, dont on peut arriver à saisir l'extrémité inférieure à la suite d'une inspiration profonde.

La région hépatique n'est pas douloureuse, il existe cependant un léger degré de congestion de cet organe. On n'a jamais observé d'ictère.

Rien dans les urines.

Rien au cœur ni aux poumons.

Le malade suit, en ce moment, sous la direction de M. le Dr Gilbert, le traitement de la dilatation de l'estomac, antisepsie intestinale en même temps que les douches. Les troubles gastriques ont diminué ; les phénomènes nerveux persistent avec autant d'intensité, le sommeil cependant est en partie revenu.

Nous ne donnons cette observation, non pas pour montrer, dans ce cas, l'efficacité du traitement de la dilatation de l'estomac contre les troubles nerveux qui

lui ont succédé, mais pour montrer qu'ici les troubles dyspeptiques ont débuté et que les troubles nerveux ne se sont présentés qu'ensuite et comme conséquence des premiers. Nous pensons que le mieux, qui s'est déjà manifesté du côté de l'estomac, se montrera également du côté des phénomènes nerveux, si le malade veut bien suivre le traitement de la dilatation qu'on lui a prescrit et qu'il a certainement fait, quoi qu'il en dise, d'une façon incomplète, après sa première consultation.

Observation IV

Mme L..., 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique. Mère migraineuse, pas dyspeptique. Une sœur bien portante, mais nerveuse. Un frère mort d'une affection cardiaque.

Antécédents personnels. — Bien portante jusqu'en 1870.

A cette époque, à la suite d'une peur elle eut une crise nerveuse. Depuis lors, aucun trouble nerveux ne s'est fait sentir. Mais à l'âge de 14 ans, les maux d'estomac commencent. Digestion d'abord pénible, ballonnement du ventre, renvois, douleurs au creux épigastrique, commençant 5 ou 6 heures après le repas. Depuis cette époque, les phénomènes dyspeptiques, malgré quelques intermittences, ont augmenté. Calme et gaie, il y a trois ans à peine, elle est devenue aujourd'hui irritable et triste. Elle ne peut plus dormir.

C'est surtout pour les phénomènes nerveux qu'elle vient aujourd'hui demander conseil. Elle prétend avoir, en outre des insomnies, des cauchemars continuels. Sensation de froid aux extrémités des pieds et des mains. Douleurs vagues et indéfinissables. Réveil, tous les matins à 2 heures, impossibilité de se rendormir.

La malade ne se nourrit plus que de lait, toute parcelle de viande la dégoûte et, si elle en mange, elle éprouve, deux heures après, des souffrances semblables à celles que nous avons déjà décrites, mais bien plus fortes. L'intolérance des aliments serait absolue, sauf pour le lait qui seul serait encore digéré, mais non pas sans provoquer de la douleur, quelque temps après l'ingestion.

L'aspect de la malade est celui d'une personne nerveuse, elle est complètement découragée, bien qu'elle n'ait jamais suivi de traitement régulier, ni de régime.

Elle est pâle, maigre. Constipation opiniâtre.

La palpation nous montre une paroi abdominale lâche et flasque, présence de vergetures, signes d'une grossesse antérieure. Nous ne trouvons pas de corde colique, de cordon sigmoïdal. La malade nous raconte, du reste, qu'elle a été autrefois examinée par M. Glénard et que le médecin de Vichy lui aurait dit qu'elle ne présentait pas les signes ordinaires de l'entéroptose.

Il lui prescrivit cependant la ceinture pelvienne et lui défendit le port du corset.

Nous constatons une dilatation très considérable. Le bruit de clapotement est perçu, bien au-dessous de la ligne qui va de l'ombilic au bord costal gauche. Ce bruit est perçu avec presque autant d'intensité, la malade étant à jeun que lorsqu'elle a absorbé 1/2 verre d'eau.

Prolapsus du rein droit, qu'il est possible de saisir en entier avec les doigts, il ne suit pas les mouvements du diaphragme, la capture en est facile ; le troisième temps, dit échappement par M. Glénard, n'existe pas ici, tant le prolapsus est considérable.

Foie douloureux à la pression, il dépasse le rebord des fausses côtes d'un travers de doigt.

La malade est mise au régime végétarien absolu, antisepsie intestinale ; la sangle pelvienne, qu'elle porte déjà depuis longtemps, est laissée en place jour et nuit.

Nous lui prescrivons le régime que nous avons indiqué au chapitre du traitement, dans son entier, poudre laxative à prendre tous les soirs, douches, tous les matins.

Après quinze jours de ce traitement, nous revoyons la malade qui va beaucoup mieux. Elle est satisfaite du port de la sangle pelvienne qui lui évite les sensations de tiraillement et de déchirement qu'elle ressentait auparavant dans l'abdomen.

La constipation persiste, mais elle est moins forte ; la malade, grâce à la poudre laxative, va régulièrement tous les jours à la selle.

Les nuits sont meilleures, plus de cauchemars, insomnies persistent.

Elle prend sans peine les purées et les panades qui lui sont prescrites, et les souffrances de la digestion sont moins fortes.

La malade prétend qu'elle commence à reprendre sa gaieté.

Après un mois de traitement, le mieux est des plus sensibles, la malade se considère comme guérie et veut absolument cesser son traitement, qui, dit-elle, l'affaiblit.

Les nuits sont très bonnes, la constipation a complètement disparu, les troubles digestifs n'existent plus.

Au régime végétarien qu'elle a suivi juqu'ici rigoureusement, nous conseillons à la malade d'ajouter du veau froid ou du poulet très cuit.

La dilatation de l'estomac persiste, mais le clapotement n'est plus perçu à jeun et paraît moins bruyant.

CONCLUSIONS

La coïncidence fréquente de la dilatation de l'estomac, du prolapsus du rein droit et des troubles neurasthéniques est absolument incontestable.

On peut par un traitement bien dirigé de la dilatation de l'estomac guérir les symptômes nerveux qui l'accompagnent et la suivent.

Ce traitement ne fait pas disparaître la dilatation, mais il arrête les phénomènes d'auto-intoxication, point de départ des accidents neurasthéniques.

Le malade reste la plupart du temps un dilaté, mais il cesse d'être un nerveux.

Dans la pathogénie des troubles neurasthéniques, nous repoussons complètement la théorie très séduisante, il est vrai, de M. Glénard sur l'entéroptose et ses conséquences, pour admettre la théorie de M. le professeur Bouchard sur le rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac.

Pour les raisons que nous avons données, dans le cours de notre thèse, nous regardons la théorie nerveuse comme insuffisante et incapable d'expliquer les cas où les symptômes dyspeptiques ont réellement précédé les symptômes nerveux.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE